



**You have downloaded a document from
RE-BUS
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Wybrane aspekty działań profilaktycznych w obszarze HIV/AIDS w Polsce : studium badawcze

Author: Edyta Widawska

Citation style: Widawska Edyta. (2016). Wybrane aspekty działań profilaktycznych w obszarze HIV/AIDS w Polsce : studium badawcze. Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Edyta Widawska

**Wybrane aspekty
działań profilaktycznych
w obszarze HIV/AIDS w Polsce**

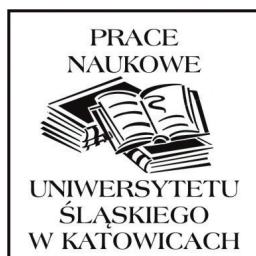
Studium badawcze



WYDAWNICTWO
UNIwersytetu śląskiego
KATOWICE 2016

**Wybrane aspekty działań profilaktycznych
w obszarze HIV/AIDS
w Polsce**

Studium badawcze



Nr 3525

Edyta Widawska

**Wybrane aspekty działań profilaktycznych
w obszarze HIV/AIDS
w Polsce**

Studium badawcze

Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
Katowice 2016

REDAKTOR SERII: PEDAGOGIKA

EWA WYSOCKA

RECENZENT

ZBIGNIEW IZDEBSKI

Spis treści

Wprowadzenie	7
1. Działania profilaktyczne – szkic teoretyczny	17
1.1. Działania skierowane do ogółu społeczeństwa (profilaktyka pierwszorzędowa)	26
1.2. Działania skierowane do osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych (profilaktyka drugorzędowa)	32
1.3. Działania skierowane do osób żyjących z HIV/AIDS (profilaktyka trzeciorzędowa)	36
2. Metodologia badań	39
2.1. Cel badań i problemy badawcze	39
2.2. Dobór próby badawczej i zasięg badań	42
2.3. Metoda, techniki i narzędzia badawcze	44
3. Realizacja działań profilaktycznych w latach 2013–2014 – analiza wyników badań	47
3.1. Działania prowadzone przez instytucje publiczne	47
3.2. Działania prowadzone przez organizacje pozarządowe	71
3.3. Działania profilaktyczne w opinii lekarzy	79
3.4. Działania profilaktyczne w opinii osób żyjących z HIV/AIDS	83
3.5. Działania informacyjne w doświadczeniu tajemniczego klienta	95
Wnioski i refleksje końcowe	105

Aneks	111
Załącznik 1. Wykaz wybranych aktów prawnych i dokumentów oraz opracowań dotyczących problematyki profilaktyki w obszarze HIV/AIDS	111
Załącznik 2. Kwestionariusz ankiety skierowanej do osób żyjących z HIV/AIDS	113
Załącznik 3. Plakat informacyjny kierowany do osób żyjących z HIV/AIDS	122
Załącznik 4. Dyspozycje do wywiadu pogłębianego z lekarzami chorób zakaźnych pracującymi w szpitalach na oddziałach zakaźnych i w poradniach niedoborów odporności	123
Załącznik 5. Wykaz organizacji pozarządowych biorących udział w badaniach	126
Załącznik 6. Dyspozycje do wywiadu pogłębianego z przedstawicielami organizacji pozarządowych zajmujących się problematyką HIV/AIDS	128
Załącznik 7. Wniosek o udostępnienie informacji publicznej (przykład)	134
Załącznik 8. Wstęp do raportu <i>Profilaktyka zakażeń HIV/AIDS w Polsce w latach 2013–2014</i> – dr Adam Bodnar, Rzecznik Praw Obywatelskich	137
Bibliografia	139
Publikacje książkowe i artykuły w czasopismach	139
Publikacje elektroniczne i źródła internetowe	141
Wykazy	143
Wykaz tabel	143
Wykaz wykresów	144
Summary	145
Zusammenfassung	147

Wprowadzenie

Problematyka HIV/AIDS stanowi ważny aspekt dyskusji o politykach prozdrowotnych w skali globalnej i lokalnej. Według danych UNAIDS (*Joint United Nations Programme on HIV and AIDS*) – programu Organizacji Narodów Zjednoczonych dotyczącego problematyki HIV/AIDS – na całym świecie żyje ok. 36,7 mln osób, które znają swój status i wiedzą, że są zakażone HIV (*human immunodeficiency virus*), z czego 17 mln ma dostęp do terapii antyretrowirusowej (dane dotyczą roku 2015). W roku 2015 odnotowano 2,1 mln nowych infekcji¹. Dane epidemiologiczne odnoszące się do naszego kraju są zbierane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego i dotyczą okresu od stwierdzenia pierwszego zakażenia HIV, czyli od 1985 r. W Polsce od wdrożenia badań w 1985 r. do 29 lutego 2016 r. stwierdzono zakażenie HIV u 20 169 osób, na AIDS zachorowało 3349 osób, zmarło 1332 chorych². Dane szacunkowe Krajowego Centrum ds. AIDS wskazują jednak, że liczba osób zakażonych HIV jest znacznie większa i waha się między 36 a 45 tys. osób. Według danych zawartych w *Harmonogramie realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanego na lata 2012–2016*³ nawet 70% zakażonych Polaków nie ma świadomości swego stanu, stąd też osoby te nie

¹ *Global Aids Update 2016*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Geneva 2016, s. 1–2.

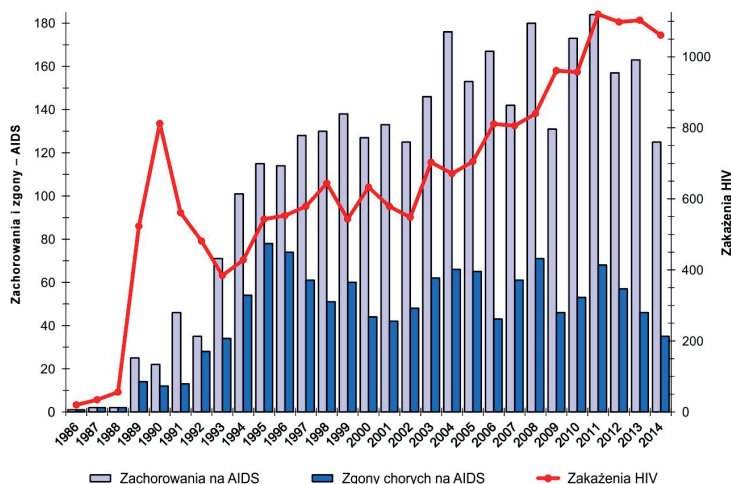
² Informacja z 29 lutego 2016 r. Państwowy Zakład Higieny, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm [dostęp: 11.05.2016].

³ *Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowany na lata 2012–2016*. Krajowe Centrum ds. AIDS, Minister Zdrowia, Warszawa 2012, s. 10.

zostały ujęte w zestawieniach danych statystycznych. Pasuje to nasz kraj w czołówce krajów Unii Europejskiej pod względem liczby zakażonych, którzy nie wiedzą o swojej infekcji⁴.

Do roku 2008 odnotowywano w Polsce 600–800 nowych zakażeń HIV rocznie, od roku 2009 liczby te znacznie się zwiększyły i obecnie każdego roku wykrywa się ponad 1000 nowych zakażeń. W 2015 r. zgłoszono nowo wykryte rozpoznanie HIV u 1273 osób, co stanowi ponad dwukrotny wzrost w stosunku do pierwszej dekady XXI wieku⁵. Wykres 1 obrazuje sytuację epidemiologiczną w Polsce w latach 1986–2014.

Wykres 1. Zakażenia HIV, zachorowania na AIDS i zgony chorych na AIDS w latach 1986–2014



Źródło: http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/main.htm.

⁴ J. MORGĄ: *Eksperci: zakażenie HIV może dotyczyć każdego z nas*. Nauka w Polsce, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news,388126,eksperci-zakazenie-hiv-moze-dotyczyc-kazdego-z-nas.html> [dostęp: 23.01.2016].

⁵ Państwowy Zakład Higieny, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, http://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm [dostęp: 12.01.2016].

Warto w tym miejscu wskazać, iż wzrost liczby nowo wykrytych zakażeń może wynikać z rosnącej świadomości społecznej na temat problematyki HIV/AIDS. Osoby posiadające wiedzę na ten temat częściej bowiem podejmują decyzję o przeprowadzeniu testu w kierunku HIV. W przypadku pozytywnego wyniku testu daje to również możliwość wczesnego reagowania zarówno na poziomie medycznym, jak i psychologicznym.

Gros osób, u których wykryto zakażenie HIV w 2015 r., to ludzie młodzi, w przedziale wiekowym od 20 do 29 lat (35%). Najliczniejszą grupę stanowią osoby w wieku od 30 do 39 lat (36%)⁶, choć różnice pomiędzy grupami są nieznaczne (tabela 1).

Tabela 1. Liczba nowo zarejestrowanych zakażeń HIV w 2015 r. według płci i wieku

Wiek (w latach)	Płeć			Razem
	Mężczyzna	Kobieta	Brak danych	
Niemowlęta	1	4	–	5
1–14	4	3	–	7
15–19	17	3	–	20
20–29	391	44	6	441
30–39	385	69	5	459
40–49	171	42	3	216
50–59	55	9	1	65
60+	21	8	–	29
Brak danych	26	2	3	31
Razem	1 071	184	18	1 273

Źródło: opracowanie własne na podstawie:
http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/main.htm.

⁶ M. ROSIŃSKA, M. NIEDŹWIEDZKA-STADNIK, M. PIELACHA: *Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2015 roku*. Zakład Epidemiologii, Państwowy Zakład Higieny, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm [dostęp: 23.05.2016].

Dane te stanowią ważną informację przy planowaniu i podejmowaniu działań profilaktycznych. Mamy tu bowiem do czynienia z grupą osób młodych, do których przede wszystkim winny być kierowane działania o charakterze celowanym, z uwzględnieniem włączenia ich do społecznego funkcjonowania po otrzymaniu diagnozy. W planowanych aktywnościach profilaktycznych warto uwzględnić także osoby młode będące w wieku, w którym wzrasta zagrożenie podejmowania zachowań ryzykownych, aby wyposażać je w instrumenty (umiejętności, wiedzę, spektrum zachowań) pozwalające na radzenie sobie w sytuacjach trudnych w sposób konstruktywny. Jest to swoista „szczepionka” chroniąca przed podejmowaniem zachowań ryzykownych.

W zdecydowanej większości wykrytych w Polsce w 2015 r. zakażeń HIV nie są podane/znane prawdopodobne drogi transmisji (67%)⁷ (tabela 2). Stąd ważnym zagadnieniem jest prowadzenie pogłębionej diagnozy dotyczącej prawdopodobnych dróg transmisji HIV. Trudno jest bowiem realizować działania profilaktyczne bez dogłębnego rozpoznania przyczyn występowania danego problemu.

Tabela 2. Liczba nowo zarejestrowanych zakażeń HIV w 2015 r. według prawdopodobnej drogi transmisji

Droga transmisji	Razem
Kontakty homoseksualne (mężczyźni)	277
Stosowanie narkotyków w iniekcjach	49
Kontakty heteroseksualne	90
Zakażenia wertykalne (matka–dziecko)	4
Zakażenia jatrogenne	1
Inna/brak danych	852
Razem	1 273

Źródło: opracowanie własne na podstawie:
http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/main.htm.

⁷ Ibidem.

Jak wskazały autorki raportu *Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2015 roku* Magdalena Rosińska, Marta Niedźwiedzka-Stadnik, Magdalena Pielacha, w poddanych analizie latach 1985–2015 „w prawie połowie zgłoszeń (48%) nie podano prawdopodobnej drogi zakażenia (w 9546 przypadkach zakażenia HIV). Jest to sytuacja bardzo niekorzystna, która wymaga podjęcia działań ze strony wszystkich osób współpracujących przy monitorowaniu sytuacji epidemiologicznej HIV/AIDS w Polsce. Brak wiedzy dotyczącej dróg szerzenia się HIV w Polsce pozostawia bez przekonującej odpowiedzi pytanie o przyczynę gwałtownego wzrostu liczby zakażeń HIV w Polsce w ostatnich latach i ogranicza możliwość odpowiedniego ukierunkowania środków przeznaczanych na profilaktykę HIV w naszym kraju”⁸.

Podstawę prawną działań w obszarze zapobiegania zakażeniom HIV i opieki zdrowotnej dla osób żyjących z HIV/AIDS stanowi Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS⁹ (dalej: Program) oraz *Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowany na lata 2012–2016*¹⁰ (dalej: Harmonogram). W dokumentach tych wskazane są zakresy działań, jakie winny być realizowane również w ramach profilaktyki. Za realizację Programu odpowiada administracja publiczna na szczeblu centralnym, lokalnym i samorządowym. Warto w tym miejscu przypomnieć, że pierwszy Krajowy Program Zapobiegania Zakażeniom HIV i Opieki nad Żyjącymi z HIV i Chorymi na AIDS (tak wówczas brzmiała pełna nazwa Programu) został przyjęty w Polsce dopiero w roku 1996, czyli dokładnie 10 lat po pierwszym zachorowaniu na AIDS odnotowanym w naszym kraju.

Jednostki odpowiedzialne za realizację Programu zobowiązane są do składania sprawozdań z działań koordynatorowi – Krajowemu Centrum ds. AIDS (dalej: KC). Dostępne sprawozdania są bardzo lakoniczne i ogólne (m.in. brak w nich danych ilościowych odnośnie do efektów

⁸ Ibidem.

⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS (Dz.U. z 2011 r. Nr 44, poz. 227).

¹⁰ *Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowany na lata 2012–2016*. Krajowe Centrum ds. AIDS, Minister Zdrowia, Warszawa 2012.

podejmowanych działań), dotyczą wyłącznie akcji współfinansowanych ze środków publicznych, stanowiących część wszystkich aktywności podejmowanych w naszym kraju w obszarze profilaktyki.

Administracja publiczna za pośrednictwem konkursów zleca większość bezpośrednich działań organizacjom pozarządowym (dalej: NGO), czego konsekwencją jest brak systemowych rozwiązań i epizodyczność podejmowanych akcji. Organizacje pozarządowe zajmujące się problematyką HIV/AIDS są bardzo zróżnicowanym środowiskiem. Model finansowania ich działań może dodatkowo utrudniać współpracę i wypracowanie wspólnego stanowiska w kwestii możliwych systemowych zmian oraz prowadzenia spójnej, ukierunkowanej na efektywność polityki profilaktycznej w skali całego kraju.

Nakłady na profilaktykę zakażeń HIV z roku na rok maleją. Rosną natomiast te przeznaczone na leczenie (2010 r. – 196 mln zł, 2013 r. – 280 mln zł, 2014 r. – 272 mln zł¹¹). Jeszcze w 2007 r. na profilaktykę HIV zarezerwowano 3,5% (3,5 mln zł) budżetu Programu, ale w latach 2013 i 2014 było to już tylko 0,9% (2,5 mln zł). Tak znaczne uszczuplenie funduszy (o blisko 1/3 – 1 mln zł), musiało spowodować radykalne ograniczenie inicjatyw podnoszących poziom wiedzy obywateli na temat HIV/AIDS oraz innych działań z zakresu profilaktyki. Najwyższa Izba Kontroli, która w roku 2014 przeprowadziła kontrolę realizacji Programu, we wnioskach wskazuje, iż utrzymywanie się „tendencji corocznego zmniejszania udziału wydatków Krajowego Centrum na profilaktykę w ogólnej kwocie wydatków na realizację Krajowego Programu w latach 2007–2013 wpływa negatywnie na długoterminową skuteczność i efektywność całego Programu, gdyż w dłuższej perspektywie czasowej może grozić niebezpiecznym marginalizowaniem działań profilaktycznych, które nie przynoszą przecież skutku natychmiastowego, a których rezultaty są widoczne dopiero po pewnym czasie”¹². Oczekiwanie niezwłocznych efektów nie może być jednym z wyznaczników prowadzenia lub też zaniechania polityk profilaktycznych, stanowi to bowiem całkowite zaprzeczenie samej idei aktywności prewencyjnej.

¹¹ Dane uzyskane z Krajowego Centrum ds. AIDS.

¹² *Realizacja Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w latach 2012–2013*. Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2014, s. 20.

Koszty leczenia będą sukcesywnie rosnąć razem z liczbą osób zakażonych wymagających terapii, o czym świadczą dotychczasowe dane (2010 r. – 4897 osób, 2013 r. – 7110 osób, 2015 r. – 8606 osób¹³). Wprowadzenie algorytmu, w którym gros środków przeznaczonych na realizację Programu pochłania proces leczenia przy braku wsparcia dla działań profilaktycznych zapobiegających kolejnym zakażeniom, może za kilka lat skutkować tym, iż finansowanie leczenia wszystkich chorych będzie niemożliwe. Stąd tak ważne staje się podejmowanie skutecznych i efektywnych działań profilaktycznych.

Brak jest przestrzeni do całościowego ujęcia tematu. Dostępne badania i analizy podejmują tę tematykę wyrywkowo, nie dając często szerszej perspektywy. Wziąwszy pod uwagę powyższe kwestie, podjęto projekt badawczy, którego celem była analiza działań profilaktycznych prowadzonych w naszym kraju w latach 2013–2014. Społeczny Komitet ds. AIDS zdecydował się na przeprowadzenie, we współpracy ze Stowarzyszeniem Ogólnopolska Sieć Osób Żyjących z HIV/AIDS „Sieć Plus”, ogólnopolskich badań ukierunkowanych na analizę sytuacji w obszarze profilaktyki pierwszorzędowej (dostęp do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV), drugorzędowej (dostęp do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV dla osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych) oraz trzeciorzędowej (działań na rzecz poprawy jakości życia w sferze psychospołecznej wobec osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich). Zaprezentowane w niniejszej publikacji¹⁴ wyniki badań i analiz skupiają się na aktualnej sytuacji (lata 2013–2014), umożliwiając pozyskanie i porównanie wieloaspektowych danych dotyczących realizacji Programu. W badaniach przeprowadzonych w ramach projektu „Społeczny audyt przeciwdziałania zakażeniom HIV/AIDS w Polsce w latach 2013–14” wzięły udział zarówno instytucje publiczne (m.in. urzędy wojewódzkie, urzędy marszałkowskie, wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne) oraz organizacje pozarządowe realizujące działania profilaktyczne w obszarze HIV/AIDS, jak i osoby żyjące z HIV/AIDS oraz lekarze chorób zakaźnych pracujący na co dzień z osobami

¹³ Dane uzyskane z Krajowego Centrum ds. AIDS.

¹⁴ Niniejsza publikacja stanowi rozszerzoną wersję raportu: E. WIDAWSKA: *Profilaktyka zakażeń HIV/AIDS w Polsce w latach 2013–2014. Analiza zebranych danych, wnioski i rekomendacje*. Społeczny Komitet ds. AIDS, Warszawa 2016.

żyjącymi z HIV/AIDS. Takie ukierunkowanie działań badawczych zostało podyktowane głównym celem badań, którym było zdiagnozowanie i eksploracja realizacji działań profilaktycznych prowadzonych przez instytucje publiczne w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanego na lata 2012–2016 oraz wypracowanie na tej podstawie rekomendacji co do planowania dalszych działań profilaktycznych w naszym kraju.

Praca składa się z trzech rozdziałów i ma charakter opracowania teoretyczno-empirycznego. Rozdział pierwszy zawiera podstawowe dla podejmowanej tematyki rozważania dotyczące samej istoty działań profilaktycznych, z ich rozróżnieniem na różne formy aktywności ze względu na przyjętą grupę docelową interwencji prewencyjnych. Drugi rozdział stanowi prezentację przyjętej w ramach prowadzonych badań metodologii. W rozdziale trzecim zamieszczono wyniki badań wraz z ich omówieniem.

Na osobną uwagę zasługują załączniki. Jednym z nich jest wstęp do raportu *Profilaktyka zakażeń HIV/AIDS w Polsce w latach 2013–2014* autorstwa doktora Adama Bodnara, Rzecznika Praw Obywatelskich, któremu w tym miejscu pragnę bardzo serdecznie podziękować za uwagę, jaką poświęcił problematyce profilaktyki HIV w naszym kraju. Wspomniany raport stanowi kanwę badawczą niniejszej publikacji. Pozostałe załączniki to m.in. autorskie narzędzia badawcze wykorzystane w trakcie przyjętej procedury badań.

Projekt badawczy, który jest podstawą przygotowanej publikacji, został zrealizowany dzięki wsparciu Fundacji im. Stefana Batorego w ramach programu Obywatele dla Demokracji finansowanego ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG). Mam nadzieję, iż uzyskane dane i wypracowane na ich bazie rekomendacje staną się przyczynkiem do ugruntowania i podkreślenia znaczenia profilaktyki w dyskusjach przy przyjmowaniu Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS na lata 2017–2021 oraz wprowadzenia konstruktywnych zmian w działaniach profilaktycznych.

Pragnę w tym miejscu podziękować całemu zespołowi badawczemu, który był zaangażowany w realizację projektu: Katarzynie Fusiek, Cezaremu Fidorowi, Maciejowi Nazarewiczowi oraz wszystkim osobom

i instytucjom, w tym organizacjom pozarządowym, które współpracowały z nami w trakcie realizacji badań. Bez Waszego wsparcia, aktywności i uczestnictwa nie byłoby możliwe przeprowadzenie tego projektu badawczego. Dziękuję również profesorowi Zbigniewowi Izdebskiemu za poświęcony czas, życzliwość i cenne wskazówki przy pracy nad publikacją oraz profesor Ewie Wysockiej, na której wsparcie mogę zawsze liczyć.

Edyta Widawska

Działania profilaktyczne – szkic teoretyczny

Wstępne dyskusje na temat wprowadzenia skonsolidowanych działań profilaktycznych w obszarze HIV/AIDS rozpoczęły się w naszym kraju wraz z pojawieniem się pierwszych rozpoznań HIV, czyli w roku 1985. Był to początek aktywności na szczeblu centralnym, ukierunkowanej na realizowanie zaplanowanych i ustrukturyzowanych programów profilaktycznych dotyczących kwestii HIV/AIDS w Polsce.

Na gruncie pedagogiki można wyodrębnić dwie koncepcje oddziaływań profilaktycznych. Pierwsza z nich dotyczy profilaktyki społecznej, druga profilaktyki wychowawczej. Pierwsza jest bliska temu, co nazywamy polityką społeczną, i opiera się na zapobieganiu przejawom niedostosowania społecznego, druga jest związana ze wspieraniem pomyślnego rozwoju jednostki traktowanego jako antidotum (swoista szczepionka) chroniące osobę przed dysfunkcją. Z połączenia tych dwóch koncepcji wyrosła myśl wiążąca oddziaływania korekcyjne z rozwojowymi (profilaktyka społeczno-wychowawcza)¹.

W szerokim nurcie analiz (medycyna, socjologia, politologia, psychologia) również wyróżnia się dwa główne podejścia do problematyki profilaktyki. Pierwsze, tradycyjne, koncentrujące się na ograniczeniu dysfunkcji i na poszczególnych rodzajach zaburzeń, ma wymiar negatywny². W tej koncepcji profilaktyka (z gr. *prophylaktikos*) to zespół działań podejmowanych w przestrzeni społecznej w celu zapobieżenia/zapobiegania

¹ K. OSTASZEWSKI: *Skuteczność profilaktyki używania środków psychoaktywnych*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2003, s. 18–23.

² Z.B. GAŚ: *Profilaktyka w szkole*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2006, s. 29.

zjawiskom niepożądanym. Obejmuje to również aktywność skierowaną na minimalizację tych zjawisk oraz ograniczanie ich ilościowego i jakościowego wzrostu. Prewencja dotyczy sfer, w których – na podstawie diagnoz i analiz – przewiduje się możliwość wystąpienia w przyszłości zachowań, stanów czy też zjawisk niekorzystnych w wymiarze jednostkowym, a co za tym idzie społecznym³. W pedagogice społecznej „pod pojęciem profilaktyki rozumie się szczególnego typu działalność związaną z neutralizowaniem wpływu czynników powodujących potencjalne zagrożenie rozwoju biologicznego, społecznego i kulturalnego, polegającą na ujawnieniu zarówno sytuacji, uwarunkowań negatywnych, zaburzających rozwój, jak i tych elementów środowiska oraz ich zespołów, które obecnie jeszcze nie wywołują zagrożenia, ale mogą w przyszłości zaburzyć pomyślny przebieg rozwoju jednostki lub środowiska życia”⁴. Wymaga to prowadzenia stałej oceny i ewaluacji sytuacji społecznej, w której znajdują się jednostki i grupy społeczne.

Druga, dominująca współcześnie koncepcja profilaktyki ujmuje ją jako – jak pisze Zbigniew B. Gaś – tworzenie systemu wsparcia dla jednostki nieradzącej sobie z sytuacjami życiowymi oraz wzmacnianie jej w rozwijaniu i kształtowaniu postaw sprzyjających zaradności życiowej⁵. Podejście to ma swoje źródła w „zidentyfikowanych empirycznie prawidłowościach:

1. dysfunkcjonalność człowieka jest wyrazem jego niedostatecznej skuteczności w radzeniu sobie z wymogami życia,
2. poziom i zakres zaradności/niezaradności człowieka jest uwarunkowany wieloma czynnikami pośredniczącymi (zwanymi czynnikami ryzyka i czynnikami chroniącymi),
3. manifestowane przez człowieka przejawy dysfunkcji są względem siebie alternatywne, a więc w zależności od uwarunkowań zewnętrznych i wewnętrznych mogą się wzajemnie zastępować (stąd

³ B. WOYNAROWSKA: *Profilaktyka*. W: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 4. Red. T. PILCH. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2005, s. 943–945; Z.B. GAŚ: *Profilaktyka uzależnień*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1993, s. 13.

⁴ R. CZERNIACHOWSKA: *Profilaktyka, kompensacja, ratownictwo, opieka, pomoc – analiza pojęć i wzajemnych powiązań między nimi*. W: E. MARYNOWICZ-HETKA: *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, t. 1. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 113.

⁵ Z.B. GAŚ: *Profilaktyka w szkole...*, s. 31.

należy raczej mówić o podatności na podejmowanie zachowań problemowych)⁶.

W związku z tym przyjętym współcześnie paradygmatem definiowania oddziaływań profilaktycznych całość aktywności koncentruje się na podmiocie tych interwencji, a dokładniej na wzmacnianiu jednostki w wymiarze informacyjnym (wiedza), kompetencyjnym (umiejętności) oraz behawioralno-aksjologicznym (zachowania/postawy). Zatem celem wszelkich działań podejmowanych w ramach profilaktyki, w ujęciu profilaktyki pozytywnej (*positive prevention*), jest aktywność zarówno w obszarze eliminacji czy też redukcji czynników ryzyka, jak i wzmacniania czynników chroniących. Do najczęściej wyróżnianych bodźców ryzyka *versus* chroniących zalicza się te związane z czynnikami osobowościowymi (np. poczucie własnej wartości, zewnątrz-/wewnątrzsterowność) oraz te dotyczące relacji podmiot – otoczenie (np. relacje rodzinne, szkolne/pracownicze, przynależność do grup, zaangażowanie religijne)⁷.

Ważnymi aspektami procesu wprowadzania działań profilaktycznych, a wcześniej jego zaplanowania wydają się⁸:

- określenie przyczyn problemu, który stanowi podstawę oddziaływań profilaktycznych, odpowiedź na pytania dotyczące przedmiotu działań prewencyjnych, ich istoty, struktury, znaczenia czy procesów współwystępujących (diagnoza);
- wypracowanie katalogu oddziaływań profilaktycznych w oparciu o refleksję nad konsekwencjami podejmowanych interwencji, kierunkami oddziaływań, innymi słowy nad przyjętymi celami, a co równie istotne w odniesieniu do aksjologicznych i społecznych uzasadnień planowanych aktywności (przygotowanie instrumentarium);
- realizacja zaprojektowanych działań z uwzględnieniem specyfiki grup i środowisk, do których są one kierowane, dostosowanie rozwiązań technicznych czy operacyjnych do zróżnicowanych odbiorców,

⁶ Ibidem, s. 30–31.

⁷ J. SZYMAŃSKA: *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej profilaktyki*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012, s. 16–18.

⁸ E. MARYNOWICZ-HETKA: *Podstawy działań profilaktycznych – wybrane odniesienia teoretyczne kształcenia*. W: *Programy profilaktyki uzależnień. Z doświadczeń autorów*. Red. L. TELKA. Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice 2003, s. 13–26.

skoncentrowanie się na odpowiedzi na pytanie, jak działać efektywnie i skutecznie (działania celowane);

- prowadzenie procesu oceny podejmowanych aktywności i wdrażanie ewentualnych korekt w oparciu o przyjęte wyobrażenie o możliwości zmiany (ewaluacja).

Profilaktyka rozumiana jako aktywność realizowana w teraźniejszości dla wprowadzenia zmian w przyszłości, a dotycząca działań ukierunkowanych na wzmacnianie potencjału jednostki w obszarze radzenia sobie z czynnikami ryzyka oraz sprawnego wykorzystywania czynników chroniących (co w konsekwencji zapobiega niekorzystnym zjawiskom społecznym), ma swoje specyficzne cele. Należą do nich⁹:

- przekazywanie szerokiemu gronu odbiorców rzetelnej i aktualnej wiedzy na temat zjawiska, które stanowi przedmiot oddziaływań profilaktycznych (w omawianym przypadku na temat HIV/AIDS);
- rozwijanie umiejętności na poziomie intrapsychicznym u osób, do których kierowane są działania, ze szczególnym uwzględnieniem samodyscypliny, adekwatnej samooceny oraz świadomości własnej;
- kształtowanie umiejętności interpersonalnych wspomagających społeczne funkcjonowanie jednostki, a zwłaszcza zdolności do: reakcji empatycznej, skutecznego komunikowania się, współpracy oraz konstruktywnego rozwiązywania konfliktów;
- budowanie zdolności do podejmowania decyzji i rozwiązywania sytuacji problemowych, a co za tym idzie – gotowości do wybierania pozytywnych stylów funkcjonowania;
- kształtowanie refleksyjnego i świadomego podejścia do konsumpcji oraz promowanie odpowiedzialnych wzorców konsumpcyjnych;
- pogłębianie osobistych związków z grupami odniesienia oraz umacnianie łączącego się z tym poczucia odpowiedzialności za grupę, do której jednostka przynależy (mowa tu o grupach takich jak: rodzina, społeczność szkolna/pracownicza, społeczność lokalna, ogół społeczeństwa);

⁹ Z.B. Gaś: *Profilaktyka uzależnień*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1993, s. 14.

- kształtowanie dojrzałej postawy odpowiedzialności za siebie i podejmowane decyzje;
- budowanie struktur wzmacniających i wspierających jednostkę na poziomie rodzinnym, społecznym, szkolnym/pracowniczym, co wpływa na podniesienie subiektywnego poczucia jakości życia wszystkich członków grupy;
- tworzenie na poziomie instytucjonalnym reguł aksjonormatywnych, których źródłem byłyby ludzkie potrzeby i które wspierałyby pozytywne style funkcjonowania społecznego;
- rozwijanie systemu wczesnego rozpoznawania i diagnozowania zagrożeń, który byłby wykorzystywany do profilaktycznych działań strategicznych, opracowywanych na podstawie wiedzy na temat przyczyn uwarunkowań negatywnych.

Tak dookreślone cele w centrum sytuują jednostkę, która – wyposażona w zestaw narzędzi złożony z wiedzy, umiejętności i postaw – będzie potrafiła w sposób skuteczny i konstruktywny radzić sobie z trudnościami życia codziennego.

W oparciu o omówione wcześniej sposoby deskrypcji działań profilaktycznych odnoszące się do różnych obszarów aktywności zaradczej¹⁰ możemy wyróżnić dwa podstawowe podejścia profilaktyczne: model tradycyjny z profilaktyką negatywną skoncentrowaną na zidentyfikowaniu zagrożeń i wdrożeniu takich procedur, które miałyby charakter zapobiegawczy (w centrum – zjawisko dysfunkcjonalne) oraz model współczesny z profilaktyką pozytywną odnoszącą się do osób, które mogą być dotknięte danym zagrożeniem i skupioną na wzmacnianiu u nich czynników chroniących przy jednoczesnym ograniczaniu czynników ryzyka (w centrum – osoba mogąca doświadczyć sytuacji dysfunkcji). Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na możliwość efektywnego połączenia tych dwóch podejść w model mieszany, w którym z jednej strony prowadzone działania byłyby oparte o pogłębioną diagnozę i rozpoznanie sytuacji problemowej w skali makrospołecznej, a z drugiej strony mielibyśmy przestrzeń do wykorzystania i zaimplementowania opracowanych propozycji rozwiązań w odniesieniu

¹⁰ J. KURZĘPA: *Falochron. Zintegrowany program profilaktyki wczesnej wobec zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży*. Agencja Wydawnicza Argi, Wrocław 2006, s. 24–38.

do pracy z indywidualnymi potencjałami jednostek i grup społecznych. Daje to możliwość szerszej refleksji nad zjawiskami społecznymi, które mają swoje negatywne konsekwencje zarówno w wymiarze osobowym, jak i w mezo- oraz makroskali. Przyjęcie takiej perspektywy pozwala na wzięcie pod uwagę w konstruowaniu długofalowych polityk społecznych, także w wymiarze profilaktycznym, większej liczby zmiennych znaczących w procesie rozwiązywania kwestii problemowych, a ponadto umożliwia tworzenie systemu aksjonormatywnego uwzględniającego zmieniające się uwarunkowania społeczno-kulturowe.

W literaturze przedmiotu wyróżnia się różne kryteria podziału działań profilaktycznych – pod kątem: preferowanych celów, wiodącej strategii działań, miejsca ich realizacji oraz grupy docelowej. Zważywszy na zakres podjętych przeze mnie rozważań, skupię się na kategoryzacji odnoszącej się do grupy odbiorców oddziaływań profilaktycznych w obszarze HIV/AIDS.

Z omówionych powyżej dwóch koncepcji profilaktyki – jednej, tradycyjnej, ukierunkowanej na redukcję dysfunkcji i drugiej skoncentrowanej na wzmacnianiu potencjału jednostki w zakresie radzenia sobie z czynnikami ryzyka oraz sprawnego wykorzystywania czynników chroniących – wynikają konsekwencje praktyczne. Są one związane z planowaniem i podejmowaniem działań zorientowanych na dotarcie z przekazem do grup docelowych.

Gerald Caplan w opublikowanych w 1964 r. *Principles of Preventive Psychiatry*¹¹ przedstawił klasyfikację działań profilaktycznych ze względu na grupę odbiorców. Podział ten, znany i używany do dzisiaj, odwołuje się do tradycyjnego ujęcia profilaktyki i opiera się na poziomie funkcjonalności – czy też bardziej dysfunkcjonalności – osób uczestniczących w działaniach profilaktycznych. Przekłada się to na trzy stopnie (fazy) oddziaływań profilaktycznych¹²:

1. Profilaktyka pierwszorzędowa (pierwotna) – ma charakter proaktywny i przedterapeutyczny; skierowana jest do ogółu populacji lub znaczącej jej części; jej głównym celem jest uprzedzenie wystąpienia

¹¹ G. CAPLAN: *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic Books, New York 1964.

¹² Z.B. GAŚ: *Profilaktyka uzależnień...*, s. 15–21; Z.B. GAŚ: *Profilaktyka w szkole...*, s. 37–38; B. WOYNAROWSKA: *Profilaktyka*. W: *Encyklopedia pedagogiczna...*, s. 943–944; E.M. VERA: *The Oxford Handbook of Prevention in Counseling Psychology*. Oxford University Press, New York 2013, s. 5–8.

zjawisk niekorzystnych i/lub zmniejszenie zasięgu zachowań ryzykownych; obejmuje ona instrumenty umożliwiające zwalczanie przyczyn patologii, np. poprzez dostarczanie rzetelnej wiedzy o problemie czy kształtowanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

2. Profilaktyka drugorzędowa (wtórna, wczesna identyfikacja) – ma charakter paraaktywny i paraterapeutyczny; skierowana jest do określonych grup podwyższonego lub wysokiego ryzyka wystąpienia danego niepożądanego zjawiska; jej celem głównym jest wczesne zdiagnozowanie dysfunkcji oraz wdrożenie działań korygujących; działania te są skoncentrowane na interwencjach, które mają ograniczyć czas trwania dysfunkcji oraz umożliwiają rezygnację z zachowań ryzykownych.
3. Profilaktyka trzeciorzędowa – ma charakter reaktywny i terapeutyczny; skierowana jest do osób, u których wystąpiły już niekorzystne stany; jej głównym celem jest zapobieganie dalszym niepomysłnym skutkom i komplikacjom oraz umożliwienie jednostce powrotu do społecznego funkcjonowania; uwaga skoncentrowana jest tu na poprawie jakości życia zarówno osoby z grupy docelowej, jak i jej najbliższego otoczenia.

Koncepcja G. Caplana została zaadaptowana i zmodyfikowana przez Roberta Gordona¹³. Kategoryzacja Gordona stanowiła wynik rozwoju badań nad działaniami prewencyjnymi, a zarazem była to swoista odpowiedź środowisk naukowych związanych z tą problematyką na zmianę paradygmatu samej profilaktyki (zwrot w stronę profilaktyki pozytywnej i działań wzmacniających grupy odbiorców). R. Gordon wyróżnił za G. Caplanem trzy typy działań profilaktycznych, jednakże inaczej rozłożył akcenty, jeśli chodzi o główne cele podejmowanych aktywności. Wyodrębnił zatem profilaktykę: uniwersalną, selektywną i zalecaną. Te trzy subkategorie charakteryzują się następującymi cechami¹⁴:

¹³ R. GORDON: *An operational classification of disease prevention*. W: *Preventing Mental Disorders*. Eds. J.A. STEINBERG, M.M. SILVERMAN. Department of Health and Human Services, Rockville 1987.

¹⁴ Z.B. GAŚ: *Profilaktyka w szkole...*, s. 36–37; E.M. VERA: *The Oxford Handbook of Prevention...*, s. 5–8.

1. Profilaktyka uniwersalna (*universal prevention*) – skierowana jest do ogółu społeczeństwa, nie uwzględnia indywidualnych czynników ryzyka; jej głównym celem jest przekazanie wiedzy i informacji na temat objęty oddziaływaniami prewencyjnymi; interwencje skupione są wokół zapobiegania włączaniu się jednostki w działania dysfunkcjonalne lub opóźnianiu tego zjawiska; ten typ profilaktyki może być prowadzony przez specjalistów z różnych dziedzin – warunkiem jest posiadanie aktualnej i rzetelnej wiedzy w przedmiotowej kwestii.
2. Profilaktyka selektywna (*selective prevention*) – skierowana jest do zidentyfikowanych na podstawie poziomu zagrożenia dysfunkcją grup wybranych z ogółu społeczności, warunkiem uczestnictwa w tych formach oddziaływań jest przynależność do grup ryzyka; celem głównym tak dookreślonych aktywności jest zapobieganie rozwojowi dysfunkcjonalności czy też wręcz jej wyeliminowanie; w przygotowywanie i przeprowadzanie działań włączeni są specjaliści kompetentni w zakresie podejmowanych interwencji, potrafiący opracować i realizować programy z uwzględnieniem uwarunkowań charakterystycznych dla grupy docelowej – swoistych dla niej czynników ryzyka (cel – redukcja i/lub eliminacja) oraz swoistych czynników chroniących (cel – wprowadzenie i/lub wzmocnienie).
3. Profilaktyka zalecana (*indicated prevention*) – skierowana jest do konkretnych osób, dla których udział w działaniach interwencyjnych stanowi szansę na powrót do konstruktywnego życia, a które w chwili rozpoczęcia udziału w programach profilaktycznych znajdują się w sytuacji dysfunkcjonalnej; głównym celem tej formy oddziaływań jest zmiana zachowania i stylu życia osoby w niej uczestniczącej; programy te są realizowane przez specjalistów z zakresu profilaktyki (często z przygotowaniem klinicznym i umiejętnościami terapeutycznymi).

W literaturze przedmiotu wskazuje się na ujemne strony tak zarysowanego podziału w ramach działań profilaktycznych. Mowa tutaj o stygmatyzacji osób włączonych do interwencji na poziomie drugorzędowym/selektywnym oraz trzeciorzędowym/zalecanym¹⁵. Może to prowadzić do wykluczania

¹⁵ E.M. VERA: *The Oxford Handbook of Prevention...*, s. 6.

tych jednostek z życia społecznego i ich wtórnego naznaczania. Dlatego też z perspektywy społecznej integracji większą korzyść przynosi prowadzenie szeroko zakrojonej profilaktyki uniwersalnej, a działania na dwóch kolejnych poziomach winny być realizowane z pełną świadomością istniejących zagrożeń.

Przeciwdziałaniu stygmatyzacji osób żyjących z HIV/AIDS służy też wprowadzanie wspomnianej wcześniej idei profilaktyki pozytywnej (*positive prevention*)¹⁶. Oprócz omówionych aspektów (ciężar aktywności przeniesiony na osobę i pracę z nią nad ograniczeniem czynników ryzyka oraz wzmacnianiem czynników chroniących) zwraca się tutaj uwagę na zaangażowanie samych osób żyjących z HIV/AIDS w proces interwencji profilaktycznych (na wszystkich poziomach). Wykorzystanie modelu *peer-to-peer* (P2P; ang. *peer* – osoba równa rangą, statusem, pozycją, sytuacją życiową) w działaniach na rzecz ograniczenia nowych zakażeń – m.in. poprzez: edukację społeczną oraz przekazywanie kompleksowej i aktualnej wiedzy na temat HIV/AIDS (np. możliwe drogi zakażenia, bezpieczna aktywność seksualna, leczenie itp.); edukację prawną; inicjowanie kampanii społecznych dotyczących problematyki HIV/AIDS – daje nie tylko efekt w postaci upodmiotowienia osób należących do tej grupy (co ma niebagatelne znaczenie również w wymiarze terapeutycznym), lecz także przekłada się na ich społeczny odbiór. Przekaz jest jasny – wszyscy jesteśmy odpowiedzialni za pracę na rzecz zdrowia publicznego, wszyscy jesteśmy odpowiedzialni za zmniejszenie liczby nowych zakażeń HIV, a otwartość, wykorzystywanie różnych kanałów i form komunikacji oraz rzetelna informacja o seksie i seksualności są najbardziej skutecznymi narzędziami ograniczania rozprzestrzeniania się HIV. Zatem izolacja osób żyjących z HIV/AIDS i nadawanie im statusu wyłącznie odbiorców/biorców aktywności profilaktycznych jest działaniem przeciwnie skutecznym w kontekście realizowanych aktywności prewencyjnych.

Pod pojęciem profilaktyki HIV rozumiemy więc „wszelkie działania społeczności międzynarodowej, państw, instytucji, organizacji pozarządowych, grup formalnych i nieformalnych oraz osób prywatnych mające na celu zapobieganie nowym zakażeniom HIV oraz kształtowanie postaw

¹⁶ *Positive Prevention. HIV Prevention with People Living with HIV. A guide for NGOs and service providers.* International HIV/AIDS Alliance, Brighton 2007.

akceptacji, szacunku i tolerancji wobec osób żyjących z HIV i z AIDS, ich rodzin i bliskich”¹⁷.

Za stosowaniem działań profilaktycznych przemawia przede wszystkim ich duży potencjał w odniesieniu do redukcji zachowań ryzykownych oraz wzmacniania kompetencji osobistych osób zagrożonych dysfunkcją. Innym istotnym argumentem jest stosunkowo niski koszt finansowy interwencji prewencyjnych. „Ważnym elementem jest to, że działania profilaktyczne są znacznie tańsze niż działania terapeutyczne i rehabilitacyjne. Wynika to z dwóch podstawowych spraw. Po pierwsze – programy profilaktyczne z reguły są ukierunkowane na grupy ludzi, tymczasem programy terapeutyczno-rehabilitacyjne muszą mieć charakter jednostkowy (indywidualizowany). Po drugie – przy sprawnej profilaktyce znacznie ograniczone są rozmiary patologii, a tym samym koszty społeczne zachowań dewiacyjnych znacznie niższe”¹⁸. Aspekt ten ma szczególnie znaczenie dla profilaktyki HIV.

W ramach przyjętego i wdrażanego obecnie w naszym kraju Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanego na lata 2012–2016 stosowany jest podział oddziaływań profilaktycznych na trzech poziomach: profilaktyki pierwszorzędowej, drugorzędowej i trzeciorzędowej. Poziomy te stały się podstawą do sformułowania postawionych w procedurze badawczej problemów badawczych i zostaną szczegółowo omówione w kolejnych podrozdziałach niniejszego opracowania.

1.1. Działania skierowane do ogółu społeczeństwa (profilaktyka pierwszorzędowa)

Mówiąc o działaniach profilaktycznych skierowanych do ogółu społeczeństwa, nie sposób uniknąć refleksji na temat znaczenia środowiska lokalnego dla skuteczności podejmowanych działań. Wszelkie inicjatywy środowiskowe mają większą siłę oddziaływania, jeśli są opracowywane i wdrażane w powiązaniu z lokalnymi potrzebami, specyfiką i uwarunkowaniami.

¹⁷ A. WALENDZIAK-OSTROWSKA, J. DEC: *Pozytywne życie. O profilaktyce HIV/AIDS dla edukatorów*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2012, s. 35.

¹⁸ Z.B. GAŚ: *Profilaktyka uzależnień...*, s. 30.

Kooperacja z organizacjami pozarządowymi działającymi na szczeblu lokalnym, dysponującymi nie tylko kapitałem kompetencyjnym, ale również zaufaniem ze strony środowisk, z którymi współpracują, daje o wiele większe szanse na skuteczną realizację programów profilaktycznych¹⁹. Jest to szczególnie ważne, gdyż przekaz na poziomie profilaktyki pierwszorzędowej jest często skierowany do specyficznych osób i grup, które ze względu na właściwe im esencjonalne cechy trudno dookreślić w relacji do tzw. ogółu społeczeństwa. W ramach współpracy na szczeblu lokalnym przekaz ten może być sformatowany w sposób bardziej precyzyjny, a co za tym idzie – skuteczniejszy.

Od chwili, kiedy temat HIV/AIDS stał się przedmiotem debaty nie tylko w kręgach medycznych (czyli od lat 80. ubiegłego wieku), a kwestia profilaktyki w tym zakresie wkroczyła do społecznego dyskursu, interwencje zapobiegające przestały dotyczyć jedynie grup ryzyka i objęły wszystkich członków społeczeństwa. W tego rodzaju działaniach realizowanych na poziomie profilaktyki pierwszorzędowej można wyróżnić trzy główne strategie: informacyjną, edukacyjną i strategię alternatyw²⁰. Zostaną one omówione poniżej.

Działania informacyjne bazują na założeniu, iż dostarczenie informacji na temat negatywnych skutków danej aktywności w sposób pozytywny wiąże się z jej niepodjęciem. W tym przypadku punkt ciężkości położony jest na dostarczeniu wiedzy na temat problematyki HIV/AIDS. Ważne jest, by informacje spełniały kryteria: rzetelności, aktualności i dostępności treści oraz formy przekazu (co w odniesieniu do omawianego tematu jest szczególnie istotne). Przekazy informacyjne są rozpowszechniane z wykorzystaniem różnych kanałów komunikacji (środki masowego przekazu, ulotki, plakaty, broszury, wykłady, seminaria, konferencje, kampanie społeczne i imprezy okolicznościowe w przestrzeni miejskiej), a ich celem głównym jest poszerzenie u odbiorców sfery kognitywnej w omawianym temacie, co stworzyć ma podatny grunt do pożądanych zmian w zachowaniu.

Strategie nazywane edukacyjnymi (choć bardziej adekwatne byłoby określenie ich jako umiejętnościowych) mają na celu kształtowanie

¹⁹ H. RADLIŃSKA: *Pedagogika społeczna*. Ossolineum, Wrocław–Warszawa–Kraków 1961; E. SYREK: *Promocja zdrowia w ujęciu pedagogiki społecznej*. W: *Pedagogika społeczna. Dokonania – aktualność – perspektywy*. Red. S. KAWULA. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2004, s. 611–616.

²⁰ J. SZYMAŃSKA: *Programy profilaktyczne...*, s. 38–39; Z.B. GAŚ: *Profilaktyka uzależnień...*, s. 24–35.

umiejętności właśnie. Punktem wyjścia tych aktywności jest założenie, iż wyposażenie jednostki w umiejętności efektywnego i konstruktywnego zaspokajania potrzeb zabezpiecza ją przed zachowaniami dysfunkcjonalnymi. Stąd w tym nurcie interwencji skoncentrowane są na kształtowaniu i rozwijaniu podstawowych umiejętności życiowych (m.in. podejmowania decyzji, rozwiązywania problemów, radzenia sobie ze stresem i konfliktami, skutecznego komunikowania się, wzbudzania działań umotywowanych, asertywności). Najczęściej stosowanymi formami przekazu są zajęcia warsztatowe, w ramach których uczestnicy mogą nabyć praktyczne umiejętności, które w założeniu strategicznym zostaną następnie wykorzystane w codziennym życiu.

Ostatnia z omawianych strategii koncentruje się na dostarczeniu takich sposobów realizacji potrzeb, które są alternatywne dla aktywności dysfunkcjonalnych. Są to programy oferujące uczestnikom różne rodzaje działalności konstruktywnej (sportowej, społecznej, artystycznej itp.), dzięki którym mogą realizować siebie. Warto w tym miejscu przywołać omówioną obszerniej w kolejnym podrozdziale teorię autodeterminacji Richarda M. Ryana i Edwarda L. Deciego z trzema kluczowymi dla jednostki potrzebami: autonomii, kompetencji, relacji²¹. Mamy tu do czynienia z promowaniem takiej formy strukturalizacji czasu, jaką jest aktywność. Zgodnie z koncepcją analizy transakcyjnej, opracowaną przez Erica Berne'a²², aktywność jest najczęściej inicjowana przez strukturę osobowości odpowiadającą za kontakt z rzeczywistością, ocenę następstw naszych działań oraz planowanie ich w odniesieniu do przyjętych celów (stan Ja-Dorośli). Jest to swoisty bufor bezpieczeństwa chroniący jednostkę przed dysfunkcjonalnym funkcjonowaniem. Stąd w interwencjach nastawionych na alternatywę daje się uczestnikom możliwość wykorzystania tego stanu Ja i realizacji własnych celów w ramach proponowanych różnych form aktywności²³.

²¹ R.M. RYAN, E.L. DECI: *The Darker and Brighter Sides of Human Existence: Basic Psychological Needs as a Unifying Concept*. „Psychological Inquiry” 2000, Vol. 11, No. 4.

²² E. BERNE: *W co grają ludzie. Psychologia stosunków międzyludzkich*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997, s. 10–13; E. BERNE: *Dzień dobry... i co dalej*. Dom Wydawniczy REBIS, Poznań 2005, s. 41–45.

²³ E. WIDAWSKA: *Aktywny uczeń – dorosły obywatel. Animacja społeczna w świetle analizy transakcyjnej*. W: *Analiza transakcyjna w edukacji*. Red. J. JAGIEŁA. Wydawnictwo Akademii im. Jana Długosza, Częstochowa 2011, s. 155–173.

Warto podkreślić, iż zwiększenie skuteczności interwencji podejmowanych w ramach realizacji wspomnianych trzech strategii profilaktyki pierwszorzędowej jest ściśle powiązane z procesem kształtowania postaw²⁴. Opierając się na klasycznej triadzie dydaktycznej (wiedza, umiejętności, postawy), jesteśmy w stanie stworzyć program profilaktyczny, który oprócz aspektu czysto informacyjnego będzie miał również wymiar praktyczny. Połączenie omówionych powyżej strategii w jednym projekcie/programie prewencyjnym może okazać się rozwiązaniem zapewniającym docelowo szeroko pojęty społeczny zysk w oparciu o jednostkową zmianę.

Ważnym elementem profilaktyki pierwszorzędowej jest możliwość wykonania anonimowego i bezpłatnego testu w kierunku HIV. Testy te mylnie kojarzy się jedynie z działaniami kierowanymi do osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych, tym istotniejsze jest więc – zwłaszcza w aspekcie profilaktycznym – upowszechnianie wiedzy na temat możliwości wykonania anonimowego i bezpłatnego testu. Przywołane dane statystyczne wskazujące, iż w przypadku zdecydowanej większości wykrytych w Polsce zakażeń HIV nie są znane prawdopodobne drogi transmisji, potwierdzają, że szeroko zakrojone, kierowane do ogółu społeczeństwa akcje promujące testowanie w kierunku HIV są niezbędne dla skutecznych działań z zakresu profilaktyki pierwszorzędowej. Testy takie można wykonać w punktach konsultacyjno-diagnostycznych²⁵ (dalej: PKD) zlokalizowanych na terenie całej Polski (sieć obejmuje wszystkie województwa), w których realizowane jest również poradnictwo przed testem i po nim (poradnictwo okołotestowe). Na stronie internetowej Krajowego Centrum ds. AIDS umieszczona jest mapa z informacjami na temat lokalizacji PKD wraz z danymi teleadresowymi i godzinami pracy placówek²⁶. Na stronie KC zamieszczono również broszurę z krótkimi

²⁴ K. KOMOSIŃSKA: *Epidemia HIV/AIDS na tle historycznym*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 1999, s. 69–74.

²⁵ W latach 2013–2014, których dotyczył realizowany projekt badawczy, w naszym kraju funkcjonowały 32 punkty konsultacyjno-diagnostyczne w 2013 roku (liczba klientów – 33 271 osób) i 31 punktów konsultacyjno-diagnostycznych w roku 2014 (liczba klientów – 32 197); *Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w 2013 roku*. Krajowe Centrum ds. AIDS, Minister Zdrowia, Warszawa 2014, s. 41–44; *Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w 2014 roku*. Krajowe Centrum ds. AIDS, Minister Zdrowia, Warszawa 2015, s. 40–43.

²⁶ Krajowe Centrum ds. AIDS, <http://www.aids.gov.pl/pkd/> [dostęp: 24.04.2016].

informacjami na temat tego, co warto wiedzieć przed podjęciem decyzji o wykonaniu testu w kierunku HIV. Broszura wskazuje m.in., kto powinien zrobić sobie test. „Każdy kto:

- kiedykolwiek miał kontakt seksualny: z mało znaną osobą/osobami, z osobą zakażoną HIV, z partnerami/partnerkami mającymi wielu partnerów seksualnych;
- miał wielu partnerów/partnerek seksualnych;
- podczas kontaktów seksualnych nie stosował prezerwatywy;
- przebył jakąś z chorób przenoszonych drogą płciową;
- kiedykolwiek miał kontakty z osobą przyjmującą narkotyki w iniekcjach;
- przyjmował narkotyki w iniekcjach i używał do iniekcji narkotyków lub innych substancji sprzętu do iniekcji, z którego korzystały inne osoby;
- wykonywał np. tatuaż lub założenie kolczyków (*piercing*) przy użyciu niedostatecznie wysterylizowanego sprzętu;
- stracił kiedykolwiek kontrolę nad swoim zachowaniem (pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków zmieniających świadomość).

Test powinny wykonać też kobiety planujące zajście w ciążę lub będące na początku ciąży, a także ich partnerzy”²⁷.

Analiza katalogu osób, które powinny wykonać test, skłania do refleksji, czy nie należałoby objąć testowaniem w kierunku HIV wszystkich. Jednak, jak widać z prowadzonych statystyk, z oferty punktów konsultacyjno-diagnostycznych korzysta rocznie średnio jedynie 32–33 tys. osób. Może to być związane z podkreślanym przez środowiska zajmujące się problematyką HIV/AIDS wyodrębnieniem i wyizolowaniem punktów anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV z systemu opieki zdrowotnej. To z kolei przyczynia się do postrzegania tego testu w kategoriach negatywnego wyróżnienia, a co za tym idzie – do stygmatyzacji osób żyjących z HIV/AIDS. Postulowanym rozwiązaniem jest włączenie anonimowego i bezpłatnego testowania do systemu opieki zdrowotnej

²⁷ D. ROGOWSKA-SZADKOWSKA: *Co warto wiedzieć, zanim podejmie się decyzję o zrobieniu testu na HIV?*. Krajowe Centrum ds. AIDS, http://www.aids.gov.pl/kcfiles/CO_WARTO_WIE-DZIEC_O_TESTOWANIU.pdf [dostęp: 24.04.2016].

na poziomie podstawowym (np. lekarz pierwszego kontaktu, lekarz ginekolog)²⁸, co powinno mieć przełożenie na podnoszenie świadomości tego problemu wśród personelu medycznego różnych szczebli, oraz upowszechniania rzetelnej wiedzy na temat HIV/AIDS wśród pacjentów.

Dodatkowych argumentów za upowszechnieniem bezpłatnego i anonimowego testowania w kierunku HIV, w ramach państwowej służby zdrowia, jako zaplanowanej strategii informacyjno-edukacyjnej dostarczają wyniki badań podłużnych dotyczących seksualności Polaków prowadzonych przez Zbigniewa Izdebskiego. Wynika z nich, iż pomimo wzrostu wiedzy na temat HIV/AIDS, stale rośnie odsetek błędnych przekonań co do dróg zakażenia (dotyczy to również sytuacji związanych z ciążą i okresem poporodowym). Zatem samo testowanie w kierunku HIV winno być przeprowadzone z uwzględnieniem konsultacji i doradztwa zarówno poprzedzającego wykonanie testu, jak i kończącego proces testowania (bez względu na jego wynik)²⁹.

Jak podkreśla Jane Burgess: „Decydujące znaczenie ma fakt, by ludzie zdawali sobie sprawę, że mają możliwość wpływu na to, czy zostaną zainfekowani wirusem czy nie. Zapobieganie zakażeniom HIV oparte jest na pomocy ludziom w zdobywaniu wiedzy, wykształceniu u nich postaw i umiejętności, których wynikiem staną się sposoby zachowania, eliminujące lub zmniejszające ryzyko zakażenia. Strategie zapobiegawcze muszą być zakrojone na szeroką skalę i być wielokierunkowe, a próby ingerencji muszą być zrozumiałe dla populacji, dla której są przeznaczone”³⁰. Tak rozumiana i realizowana profilaktyka kierowana do ogółu społeczeństwa ma szanse na skuteczność i efektywność.

²⁸ M. MINAŁTO: *Redukcja szkód w szerszym kontekście – zapobieganie HIV i innym zakażeniom, zdrowie seksualne i życie z HIV*. W: *Dobre praktyki w dziedzinie redukcji szkód*. Red. E. Czyż. Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 2008, s. 57–59.

²⁹ Z. IZDEBSKI: *Ryzykowna dekada – seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS. Studium porównawcze 1997–2001–2005*. Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2010, s. 24–33; Z. IZDEBSKI: *Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012, s. 507–552.

³⁰ J. BURGESS: *Drogi zakażenia i profilaktyka*. W: *HIV/AIDS aspekty medyczne i społeczne*. Red. K. KMIECIK-BARAN. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1995, s. 123.

1.2. Działania skierowane do osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych (profilaktyka drugorzędowa)

W pozytywnym modelu profilaktyki, bazującym w dużej mierze na założeniach psychologii pozytywnej oraz interakcyjnej koncepcji człowieka, działania skoncentrowane są na kreatywnych potencjałach jednostki o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych. Mamy tutaj do czynienia z interwencjami skupionymi na rozwoju osobowym oraz społecznym tych osób³¹. Związana z tym interakcyjnym nurtem deskrypcji zmian osobowych teoria autodeterminacji (*self-determination theory* – STD) R.M. Ryana i E.L. Deciego – jedna z koncepcji dotyczących motywacji jednostki do podejmowania aktywności – opiera się na dookreślonych przez autorów trzech głównych potrzebach mobilizujących jednostkę do rozwoju. Są to potrzeby: autonomii (*autonomy*), kompetencji (*competence*) i relacji (*relatedness*)³².

Autonomia odnosi się do subiektywnego poczucia wolności i integralności. Jednostka ma możliwość podejmowania osobistych decyzji i wyborów życiowych, za które ponosi indywidualną odpowiedzialność. Kompetencja dotyczy doświadczania własnej sprawczości w powiązaniu z podejmowanymi aktywnościami, w różnych wymiarach życia osobistego i społecznego. Łączy się z oceną efektywności i skuteczności działań własnych³³. Relacje są związane z wymiarem społecznych interakcji jednostki, nawiązywanymi więziami, poczuciem przynależności i emocjonalnego stosunku do osób wchodzących w krąg „ważnych innych”.

Zaspokajanie tych potrzeb jest silnie związane z możliwościami rozwojowymi człowieka już od najmłodszych lat życia, a ewentualne deficyty w ich realizacji mogą skutkować zaburzeniami rozwojowymi i występowaniem dysfunkcji. „Deficyt tych niezbywalnych potrzeb powoduje negatywne stany emocjonalne, pasywność, brak zadowolenia z życia i tendencję do lękowej alienacji. Potrzeby są niewątpliwie podstawą stanowienia osobistych celów życiowych (wartości wyznaczające cele są pochodną potrzeb), ich optymalne

³¹ E. WYSOCKA: *Diagnoza pozytywna w resocjalizacji. Model teoretyczny i metodologiczny*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2015, s. 66–74.

³² R.M. RYAN, E.L. DECI: *The Darker and Brighter Sides of Human Existence: Basic Psychological Needs as a Unifying Concept*. „Psychological Inquiry” 2000, Vol. 11, No. 4, s. 319–338.

³³ E. WIDAWSKA: *Udział w działaniach animacyjnych jako element budowania poczucia sprawstwa wśród młodzieży*. „Chowanna” 2014, t. 1 (42), s. 187–205.

określenie zaś staje się podstawą prawidłowego rozwoju, co z pewnością musi być związane z odkrywaniem własnych potencjałów, pozwalających je w sposób adekwatny do własnych możliwości realizować”³⁴. Stąd też bierze się podkreślanie konieczności budowania programów profilaktycznych na poziomie drugorzędowym z uwzględnieniem tych prawidłowości.

Tworzenie przestrzeni dla rozwijania umiejętności konstruktywnego zaspokajania potrzeb w tych trzech wymiarach – kompetencji, autonomii i relacji – wydaje się stanowić nieodzowną bazę dla wszelkich oddziaływań profilaktycznych kierowanych do osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych. Same potrzeby są nienegocjowalne, natomiast istnieje możliwość rozszerzania osobistego katalogu sposobów, strategii i technik ich zaspokajania. Zastępowanie zachowań ryzykownych, które co do zasady służą jednostce do zaspokajania potrzeb w wyróżnionych trzech wymiarach, innymi zachowaniami, które z punktu widzenia dobrostanu jednostki są bardziej konstruktywne i efektywne rozwojowo, winno stanowić oś podejmowanych interwencji profilaktycznych. Dostarczenie uczestnikom oddziaływań prewencyjnych realizowanych w ramach profilaktyki drugorzędowej wiedzy na temat katalogu innych działań, które mogą wykorzystywać w swoim codziennym życiu dla zaspokajania potrzeb z jednoczesnym kształtowaniem umiejętności korzystania z niego (na zasadzie małych kroków), daje możliwość zmian na głębszym poziomie. Może wówczas dojść do modyfikacji celów wewnętrznych (postaw, wartości) i ich skierowania ku pozytywnym aspektom jednostkowego funkcjonowania – rozwojowi osobistemu, angażowaniu się w życie rodzinne, lokalne, społeczne.

Kolejnym ważnym aspektem działalności profilaktycznej kierowanej do osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych jest redukcja szkód (*harm reduction*). W wąskim rozumieniu dotyczy ona minimalizowania strat zdrowotnych oraz społecznych u osób z grup podwyższonego ryzyka. W rozumieniu szerszym są to „działania na rzecz niwelowania skutków prowadzonej przez człowieka działalności, mogącej przynieść jemu i społeczeństwu wymierną szkodę, ale której zaprzestanie, z różnych względów, nie jest »tu i teraz« możliwe”³⁵.

³⁴ E. WYSOCKA: *Diagnoza pozytywna...*, s. 71–72.

³⁵ M. MINAŁTO: *Redukcja szkód w szerszym kontekście – zapobieganie HIV i innym zakażeniom, zdrowie seksualne i życie z HIV*. W: *Dobre praktyki w dziedzinie...*, s. 53.

Europejskie Centrum Kontroli i Prewencji Chorób (dalej: ECDC) wraz z Europejskim Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (dalej: EMCDDA) opracowały w 2011 r. wytyczne dotyczące podejmowania działań profilaktycznych (interwencji podstawowych) w odniesieniu do osób używających narkotyków iniekcyjnie, czyli grupy o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych. W uzasadnieniu wielokrotnie podkreślano kluczowe znaczenie aktywności zaradczych w ograniczaniu i kontroli chorób zakaźnych, a także zalecano łączne stosowanie wyróżnionych interwencji, gdyż zwiększa to prawdopodobieństwo efektywności działań dzięki efektowi synergii, czyli zwielokrotnienia rezultatów przez współdziałanie wielu czynników. Do kluczowych interwencji zaliczono³⁶:

- dystrybucję i legalny dostęp do bezpłatnych i sterylnych igieł i strzykawek;
- dostęp do szczepień (przeciwko HAV, HBV, tężcowi, grypie i pneumokokom – to ostatnie zwłaszcza w przypadku osób żyjących z HIV);
- dostęp do terapii uzależnień (w tym leczenia substytucyjnego);
- dostęp do dobrowolnej, poufnej i w pełni świadomej diagnostyki zakażeń HIV, HCV, HBV (oraz innych patogenów) przy jednoczesnym zapewnieniu kontaktu ze specjalistycznymi poradniami;
- dostęp do leczenia zakażeń zgodnie z wytycznymi;
- promocję zdrowia;
- prowadzenie działań celowanych, czyli realizowanie programów w oparciu o potrzeby odbiorców oraz uwarunkowania lokalne.

Jednakże osoby używające narkotyków iniekcyjnie to nie jedyna grupa, do której w ramach profilaktyki HIV/AIDS powinno się kierować działania z obszaru redukcji szkód. Dane dotyczące prawdopodobnych dróg zakażeń HIV pokazują, że z punktu widzenia oddziaływań prewencyjnych ważne są również osoby świadczące usługi seksualne oraz przejawiające zachowania ryzykowne w sferze seksualności (np. częsta zmiana partnerów/partnerek seksualnych, seks z osobami nieznanymi).

Oprócz opisanych wyżej interwencji ukierunkowanych na redukcję szkód narkotykowych do katalogu działań prewencyjnych na poziomie

³⁶ *Leczenie i profilaktyka chorób zakaźnych wśród osób iniekcyjnie używających narkotyków*. Europejskie Centrum Kontroli i Prewencji Chorób, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Przeł. B. SZETELA. Sztokholm 2011, s. 9.

drugorzędowym zalicza się³⁷: działania w terenie (*outreach, streetwork*), testowanie w kierunku HIV, działania w przestrzeni internetu, prowadzenie poradni społecznościowych.

W ramach działań terenowych organizuje się spotkania w przestrzeni miasta, w klubach, dyskotekach, centrach handlowych (*streetworking, party-working*). Oprócz wymiany igieł i strzykawek rozdawane są prezerwatywy, lubrykanty, udzielana jest też drobna pomoc (np. posiłki, środki czystości, środki do higieny osobistej).

Uzupełnieniem programów z zakresu redukcji szkód jest dostęp do anonimowego i dobrowolnego testowania w kierunku HIV oraz poradnictwa przed testem i po nim dla osób z grupy podwyższonego poziomu zachowań ryzykownych. Choć samo testowanie należy do działań z zakresu profilaktyki pierwszorzędowej, to warto wskazywać na ten aspekt prewencyjny również w przypadku pracy z grupami zwiększonego ryzyka. Wczesne wykrycie HIV umożliwia podjęcie działań leczniczych i terapeutycznych, a co za tym idzie – wzmocnienie/wzmacnianie osoby zakażonej nie tylko w wymiarze medycznym, ale i społecznym.

Aktywność w przestrzeni internetu stanowi swoiste rozszerzenie działań outreachowych ze świata rzeczywistego na świat wirtualny. Są one oparte na podobnych zasadach, czyli aktywności w czasie rzeczywistym („na żywo”), w interakcji z uczestnikami (np. na portalach randkowych). Wymaga to – podobnie jak przy interwencjach outreachowych w przestrzeni np. klubu – współpracy z właścicielami danego „miejsca”.

Kolejną ważną formą pracy w obszarze redukcji szkód jest tworzenie poradni społecznościowych, które oferują kompleksową opiekę i wsparcie (m.in. edukacyjne, medyczne, socjalne, psychologiczne, prawne), prowadzonych przez osoby należące do grupy osób żyjących z HIV/AIDS. Również w tym przypadku na zwiększenie efektywności oddziaływań wpływa zastosowanie modelu pozytywnej prewencji uwzględniającej interwencje *peer-to-peer*. Po pierwsze model ten łamie utarty schemat podziału na „my” – osoby żyjące z HIV/AIDS (odbiorcy działań pomocowych) i „oni” – profesjonalści (dawcy działań pomocowych), utrwalający separację tych grup oraz będący jednym z czynników stereotypizacji.

³⁷ M. MINAŁTO: *Redukcja szkód w szerszym kontekście – zapobieganie HIV i innym zakażeniom, zdrowie seksualne i życie z HIV*. W: *Dobre praktyki w dziedzinie...*, s. 54–62.

Po drugie zapewnia on przestrzeń do korzystania z wiedzy, doświadczeń i rozwiązań wypracowanych przez samych zainteresowanych tematem. Po trzecie wreszcie, bazując na zasadzie empowermentu, daje wtórnie możliwość przeciwdziałania ekskluzji społecznej osób żyjących z HIV/AIDS i ich stygmatyzacji.

1.3. Działania skierowane do osób żyjących z HIV/AIDS (profilaktyka trzeciorzędowa)

Specyfika działań profilaktycznych skierowanych do osób żyjących z HIV/AIDS skłania do zastanowienia się, jakie zasady powinny przyświecać wszystkim tym, którzy podejmują taką aktywność. Jedną z podstawowych zasad pracy profilaktycznej jest poszanowanie praw klienta, w tym prawa do dobrowolności wywodzącego się z podstawowych praw i wolności człowieka. Z innych ważnych reguł niezbędnych przy prowadzeniu interwencji wspierających należy wymienić: poufność, dużą dostępność oferty, zapewnienie atmosfery przyjaznej dla klientów, dialog z klientami, pragmatyczne podejście do organizacji działań, unikanie ideologii, wyznaczanie realistycznej hierarchii celów³⁸.

Poufność stanowi jeden z zasadniczych wymogów przy prowadzeniu działań profilaktycznych. Zapewnienie osobom żyjącym z HIV/AIDS anonimowości i poufności ma w kontekście społecznym szczególnie znaczenie i wiąże się również z przeciwdziałaniem stygmatyzacji³⁹.

Duża dostępność oferty jest rozumiana zarówno jako dostępność miejsc zapewniających dany rodzaj wsparcia (możliwość dojazdu, łatwość dotarcia do danego miejsca, zróżnicowane godziny, w których realizowane są działania), jak i dostępność samej oferty (dostosowanie jej do oczekiwań i potrzeb grupy docelowej, indywidualizacja wsparcia).

Atmosfera przyjazna dla klientów to klimat tworzony na bazie wzajemnego szacunku, dbałości o poszanowanie godności osób korzystających z oferty, zasadzający się na szczerej chęci wspierania (niezależnie od

³⁸ *Leczenie i profilaktyka chorób...*, s. 24–27.

³⁹ CH. VOYTEK, S.G. SHERMAN, B. JUNG: *A matter of convenience: factors influencing secondary syringe exchange in Baltimore, Maryland, USA*. „The International Journal of Drug Policy” 2003, Vol. 14 (5–6), s. 465–467.

statusu społecznego uczestników). Dla budowania właściwej atmosfery duże znaczenie ma przestrzeganie konkretnych ustaleń spisanych w przyjętym obopólnie kontrakcie. Zgodnie z założeniami analizy transakcyjnej jasno określone zasady współpracy pomagają wszystkim uczestnikom procesu (w tym przypadku wąsko rozumianej profilaktyki trzeciorzędowej) w efektywnej pracy⁴⁰.

Dialog z klientami łączy się nierozzerwalnie z aktywnym angażowaniem w proces profilaktyczny samych osób żyjących z HIV/AIDS – nie tylko w charakterze odbiorców działań z obszaru wsparcia, ale również jako multiplikatorów profesjonalnej wiedzy czy organizatorów spotkań. W profilaktyce trzeciorzędowej wykorzystanie modelu edukacji *peer-to-peer* wydaje się szczególnie istotne, gdyż to właśnie osoba żyjąca na co dzień z HIV/AIDS stanowi przeważnie dla innych osób pozostających w tej lub podobnej sytuacji najbardziej miarodajne i wiarygodne źródło informacji. Nawiązanie dialogu z klientami może stać się pierwszym krokiem na drodze do ich aktywnego włączenia w proces profilaktyczny.

Pragmatyczne podejście do organizacji oferty to podstawa skutecznego działania. Ponieważ ma ono przynieść wymierną korzyść osobom w nim uczestniczącym, przy opracowywaniu programów skierowanych do osób żyjących z HIV/AIDS punkt wyjścia muszą stanowić ich perspektywa i ich potrzeby. Planowanie ma zatem zostać poprzedzone analizą zapotrzebowania, a każda zakończona aktywność ma być poddana ewaluacji w celu m.in. weryfikacji efektywności przeprowadzonych działań.

Ogromnie istotnym wskazaniem jest unikanie ideologii i osądów moralnych w kontakcie z osobami żyjącymi z HIV/AIDS. Jak wynika z badań prowadzonych przez Z. Izdebskiego, poziom akceptacji dla osób żyjących z HIV/AIDS jest w naszym kraju stosunkowo niski⁴¹, co może przekładać się na negatywne oceny wyrażane czy też kierowane pod adresem uczestników działań profilaktycznych. Dla uniknięcia tego alarmującego stanu należy starannie dobierać osoby angażowane do programu. Dotyczy to zarówno profesjonalnie przygotowanych specjalistów, którzy będą prowadzić spotkania czy warsztaty, jak i innych osób wspierających, które

⁴⁰ J. JAGIEŁA: *Słownik analizy transakcyjnej*. Wydawnictwo Akademii im. Jana Długosza, Częstochowa 2012, s. 95–100.

⁴¹ Z. IZDEBSKI: *Ryzykowna dekada...*, s. 33–39.

powinny dysponować wysokim poziomem samoświadomości i samorefleksji, prezentować postawę równościową i szanować godność każdego z uczestników.

Kolejnym z założeń programowych trzeciorzędowych działań profilaktycznych jest realistyczna hierarchia celów. Przez to pojęcie rozumie się opracowywanie celów w perspektywie krótkoterminowej i ich stałą weryfikację. Przyjęcie celów zbyt dalekosiężnych czy też takich, które są ukierunkowane na radykalną zmianę, będzie jedynie blokować proces profilaktyczny. Spowoduje to zniechęcenie nie tylko uczestników, lecz także osób prowadzących proces. Hierarchia celów winna być też dostosowana do lokalnych uwarunkowań i potrzeb grupy docelowej, tak by interwencje profilaktyczne były odbierane jako realny i racjonalnie przygotowany zestaw działań, oparty na wzajemnym zaufaniu i współpracy podmiotów zaangażowanych w ich realizację.

Uwzględnienie wymienionych i omówionych powyżej wytycznych w pracy z osobami żyjącymi z HIV/AIDS ma wymiar nie tylko włączający – jest również rodzajem realizacji praw i wolności człowieka w ich godnościowym wymiarze.

2

Metodologia badań

2.1. Cel badań i problemy badawcze

Główne zjawiska, wokół których koncentrowała się uwaga zespołu badawczego, stanowiły zagadnienia związane z realizacją działań profilaktycznych zapisanych w Krajowym Programie Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanym na lata 2012–2016. Do analiz wybrano lata 2013 i 2014 ze względu na czas realizacji projektu (02.2015–04.2016) i możliwość pozyskania od instytucji publicznych danych zbiorczych za badany okres. Przedmiotem badań był stan realizacji zapisów Programu dotyczących wybranych obszarów działań profilaktycznych. Przeprowadzona została pogłębiona analiza z wykorzystaniem różnych technik zbierania informacji.

Celem podjętych badań było zatem zdiagnozowanie i eksploracja realizacji interwencji profilaktycznych wykonywanych przez instytucje publiczne w ramach Programu oraz wypracowanie w oparciu o uzyskane wyniki rekomendacji i wniosków wspomagających oraz optymalizujących proces działań zapobiegających zakażeniom HIV i zwalczających AIDS. Wynikiem badań jest określenie kompleksowych założeń, które mogą posłużyć m.in. do opracowania kolejnego Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS. Jego harmonogram realizacji powinien zostać przedłożony przez Krajowe Centrum ds. AIDS Ministrowi Zdrowia do 30 czerwca 2016 r.

Próbę zrealizowania celu głównego badań w zakresie przedmiotowym podjęto poprzez:

- ocenę stanu realizacji założeń Programu przez instytucje publiczne;
- ocenę stanu realizacji założeń Programu przez organizacje pozarządowe zajmujące się problematyką HIV/AIDS;

- zebranie wśród osób żyjących z HIV/AIDS opinii na temat realizacji działań w zakresie opisanym w Programie w odniesieniu do poprawy jakości życia osób żyjących z HIV/AIDS;
- zebranie wśród lekarzy chorób zakaźnych, pracujących w szpitalach na oddziałach zakaźnych i w poradniach niedoborów odporności, opinii na temat realizacji działań pozamedycznych kierowanych do osób żyjących z HIV/AIDS w zakresie opisanym w Programie.

W ramach przeprowadzonego projektu badawczego dookreślono, iż przyjęte cele będą realizowane przy wykorzystaniu analizy danych zastanych (*desk research*) w obszarze realizacji zapisów Programu przez instytucje publiczne (w tym analizy odpowiedzi na pytania dotyczące sposobów realizacji profilaktyki skierowane do poszczególnych instytucji w trybie dostępu do informacji publicznej) oraz badań sondażowych (*survey*) przeprowadzonych wśród lekarzy chorób zakaźnych, pracowników organizacji pozarządowych oraz osób żyjących z HIV/AIDS. Dodatkowo przewidziano również badanie z zastosowaniem metody tajemniczego klienta (*mystery shopping*), które odbyło się drogą kontaktu telefonicznego i e-mailowego z powiatowymi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi.

Przyjęte w trakcie realizacji projektu problemy badawcze wynikały wprost z zapisów zawartych w Krajowym Programie Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanym na lata 2012–2016. Program zakłada działania w pięciu obszarach:

1. zapobiegania zakażeniom HIV wśród ogółu społeczeństwa;
2. zapobiegania zakażeniom HIV wśród osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych;
3. wsparcia i opieki zdrowotnej dla osób zakażonych HIV i chorych na AIDS;
4. współpracy międzynarodowej;
5. monitoringu.

Każdy z tych obszarów ma wyznaczone cele ogólne, do których z kolei przypisane są cele szczegółowe. W trakcie opracowywania strategii badań spośród wymienionych wyżej obszarów wyodrębniono trzy główne problemy badawcze i podporządkowane im problemy szczegółowe. Wynikało to zarówno ze wstępnej analizy sytuacji, jak również z samych

doświadczeń Społecznego Komitetu ds. AIDS oraz konsultacji przyjętej koncepcji badań ze środowiskiem NGO działających na rzecz profilaktyki w zakresie HIV/AIDS¹. Ważne było również odniesienie się do podstawowego założenia przyjętego na etapie konceptualizacji badań, iż efektywne programy profilaktyczne są jednym z kluczowych elementów przeciwdziałania zakażeniom HIV.

Przyjęto, iż zastosowana procedura badawcza pozwoli udzielić odpowiedzi na następujące główne i szczegółowe pytania badawcze:

1. Jakie działania były prowadzone na rzecz dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS? (w odniesieniu do Programu: obszar I, cel ogólny 2):
 - działania profilaktyczne kierowane do ogółu społeczeństwa;
 - działania profilaktyczne kierowane do kobiet w ciąży;
 - dostępność do anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV;
 - zwiększanie i integracja działań mających na celu zapobieganie HIV.
2. Jakie działania były prowadzone na rzecz dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS dla osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych? (w odniesieniu do Programu: obszar II, cel ogólny 3):
 - działania profilaktyczne kierowane do osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych;
 - realizowanie zadań z zakresu redukcji szkód zdrowotnych w obszarze problematyki HIV/AIDS.
3. Jakie działania były prowadzone na rzecz poprawy jakości życia w sferze psychospołecznej wobec osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich? (w odniesieniu do Programu: obszar III, cel ogólny 1):

¹ Spotkanie z przedstawicielami zaproszonych organizacji pozarządowych odbyło się w Otrębusach w dniach 28–29 marca 2015 r. W spotkaniu uczestniczyli przedstawiciele 10 NGO działających w obszarze problematyki HIV/AIDS: Fundacja Edukacji Społecznej, Stowarzyszenie „Jeden Świat”, Stowarzyszenie CPES „Parasol”, Stowarzyszenie „Bądź z Nami”, Stowarzyszenie Społeczny Komitet ds. AIDS, Towarzystwo Rozwoju Rodziny, Fundacja „Res Humanae”, Stowarzyszenie „Da Du”, Stowarzyszenie „Program Stacja”, Stowarzyszenie „Sieć Plus”. W trakcie spotkania omawiane były planowane działania, tematyczne obszary badania oraz jego metodologia. Ponadto poruszony był temat konsolidacji działań advokacyjnych prowadzonych przez organizacje.

- realizowanie działań na rzecz poprawy jakości życia w sferze psychospołecznej wobec osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich;
- realizowanie działań na rzecz zwiększenia poziomu akceptacji społecznej wobec osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich.

Na wskazane pytania badawcze zespół badawczy poszukiwał odpowiedzi w ramach opracowanej procedury badawczej, która została opisana w dalszych podrozdziałach.

2.2. Dobór próby badawczej i zasięg badań

W trakcie projektowania badań wzięto pod uwagę dwa główne aspekty problematyki zapobiegania zakażeniom HIV i zwalczania AIDS. Pierwszym była faktyczna realizacja działań profilaktycznych w latach 2013–2014 przez instytucje publiczne, drugim – lecz nie mniej ważnym – ocena tych działań przez osoby żyjące z HIV/AIDS, lekarzy chorób zakaźnych oraz organizacje pozarządowe zajmujące się problematyką HIV/AIDS. Decyzja o dotarciu do osób faktycznie realizujących zalecenia Programu oraz korzystających z tych działań było podyktowane nie tylko zasadą empowermentu, ale również pragmatyczną przesłanką związaną z faktem, iż wszelkie działania społeczne podejmowane bez uwzględnienia aktorów danego procesu skazane są na niepowodzenie. Stąd w badaniach wzięto pod uwagę zarówno opinie osób i podmiotów realizujących wskazane w Programie cele (instytucje publiczne, organizacje pozarządowe), jak i osób należących do grup będących bezpośrednimi beneficjentami tych działań (osoby żyjące z HIV/AIDS) oraz mających z nimi kontakt w procesie leczenia (lekarze chorób zakaźnych). Opinie te zostały uwzględnione w całym postępowaniu badawczym i – obok danych pozyskanych z analiz *desk research* oraz odpowiedzi na zapytania skierowane do instytucji publicznych w trybie dostępu do informacji publicznej – stanowią niezwykle istotne źródło informacji.

Badania prowadzone w ramach projektu miały kilkietapowy charakter, uczestniczyły w nich różne podmioty i grupy respondentów, w związku z tym mieliśmy do czynienia z różnymi rodzajami doboru próby badawczej. Z uwagi na przedmiot badania oraz jego charakterystykę

(m.in. zidentyfikowany obszar badań, krótki czas realizacji) przy doborze próby do badań zastosowano metodę o charakterze celowym (*judgmental sampling, purposive sampling*) i losowym (*simple random sampling* – SRS). Ponadto w zależności od etapu badań należało spełnić jedno z czterech kryteriów, czyli być: (a) lekarzem chorób zakaźnych, (b) osobą żyjącą z HIV/AIDS, (c) przedstawicielem organizacji pozarządowej, (d) instytucją publiczną realizującą działania profilaktyczne zapisane w Programie.

Grupą uczestniczącą w badaniach sondażowych ilościowych były osoby żyjące z HIV/AIDS. Skierowano do nich ankietę dotyczącą ich opinii na temat oferty profilaktycznej adresowanej do osób żyjących z HIV/AIDS w latach 2013–2014. Założono przeprowadzenie badań ankietowych wśród 100 osób żyjących z HIV/AIDS z terenu całego kraju. Ostatecznie w badaniach wzięło udział 116 osób. Losowy dobór próby jest obciążony ryzykiem braku reprezentatywności populacji, z drugiej jednak strony daje możliwość przeprowadzenia trafnych badań społecznych. Celem przyjętego doboru próby było wyselekcjonowanie z populacji takiej grupy osób, których opinie będą miały znaczenie dla omawianego tematu (osoby zainteresowane, aktywne, poszukujące informacji).

Grupą uczestniczącą w badaniach sondażowych jakościowych byli lekarze chorób zakaźnych oraz osoby działające w NGO zajmujących się problematyką HIV/AIDS. Zostali oni wybrani do udziału w badaniach w sposób celowy, by uzyskać opinie profesjonalistów na temat realizacji celów Programu w zakresie działań profilaktycznych. W badaniach z zastosowaniem techniki wywiadu pogłębionego wzięło udział 15 lekarzy chorób zakaźnych oraz 27 przedstawicieli NGO.

W ramach badań *desk research* (analiza dokumentów zastanych, wtórna analiza danych) analizie poddano odpowiedzi uzyskane w drodze dostępu do informacji publicznej od podmiotów związanych z realizacją zapisów Programu w obrębie działań profilaktycznych. Odpowiednio przygotowane zapytania odnoszące się do zakresu zadań realizowanych przez poszczególne instytucje publiczne zostały skierowane do: 17 ministerstw; 16 urzędów wojewódzkich; 16 urzędów marszałkowskich; 18 urzędów miast wojewódzkich i czterech urzędów miast, których liczba mieszkańców przekracza 200 tys. osób (Częstochowa, Gdynia, Radom, Sosnowiec); Głównego Inspektoratu Sanitarnego oraz 16 wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych. W sumie wnioski o udostępnienie informacji publicznej wysłano do 88 podmiotów, przy czym do niektórych

wysyłano je dwukrotnie (dwa zapytania o dane – osobno za rok 2013 i za rok 2014 – lub jedno zapytanie dotyczące łącznie dwóch lat).

Dodatkowo przeprowadzono również badania z wykorzystaniem metody tajemniczego klienta, zrealizowane przez kontakt telefoniczny i e-mailowy z powiatowymi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi (dalej: PSSE) wybranymi w sposób celowo-losowy. Łącznie przewidziano po 60 kontaktów z tymi instytucjami drogą e-mailową (wykonano 68) oraz telefoniczną (wykonano 59). Liczba wylosowanych PSSE została ustalona na podstawie listy funkcjonujących jednostek z podziałem na województwa (ok. 340 jednostek²) oraz stron wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych (dalej: WSSE). W losowaniu nie uwzględniono WSSE. Liczbę PSSE w województwie, w których przeprowadzono badanie metodą *mystery shopping*, określono przy uwzględnieniu progu 20%. Z grupy wytypowanych jednostek losowo zdecydowano, z którymi będzie nawiązano kontakt telefoniczny, a z którymi pisemny (w przypadku nieparzystej liczby jednostek w danym województwie przyjęto, że więcej kontaktów będzie wykonanych drogą e-mailową). Po ustaleniu drogi kontaktu określono, które stacje z wybranej próby będą pytane o testowanie, a które o leczenie.

2.3. Metoda, techniki i narzędzia badawcze

Badania w ramach projektu „Społeczny audyt przeciwdziałania zakażeniom HIV/AIDS w Polsce w latach 2013–14” miały przebieg dwuetapowy. Pierwszy etap obejmował analizę dokumentów zastanych oraz odpowiedzi uzyskanych od instytucji publicznych z wykorzystaniem ustawy o dostępie do informacji publicznej. Wtórna analiza danych również opierała się na obowiązujących dokumentach i regulacjach prawnych, kluczowych dla podejmowanej problematyki. Drugi etap badań stanowiły eksploracje realizowane metodą sondażu diagnostycznego. Zebrano dane na temat wiedzy, opinii, potrzeb i oczekiwań osób związanych z problematyką HIV/AIDS oraz instytucji publicznych realizujących działania profilaktyczne. W ramach badań sondażowych zostały przeprowadzone badania

² Główny Inspektorat Sanitarny, <http://gis.gov.pl/interaktywna-mapa-wyszukiwania-jednostek-panstwowej-inspekcji-sanitarnej> [dostęp: 12.05.2015].

ankietowe oraz indywidualne wywiady pogłębione. Ponieważ na tym etapie badań mieliśmy do czynienia z kilkoma grupami respondentów, dla każdej z tych grup skonstruowano odrębne narzędzia badawcze.

Dodatkowo zdecydowano o przeprowadzeniu badania z zastosowaniem metody tajemniczego klienta. W związku z tym zostały opracowane scenariusze spraw, z którymi zgłoszono się do powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych. Jako tło merytoryczne sprawy wybrano zagadnienie pozyskiwania informacji w sytuacji, gdy dana osoba dowiedziała się o swoim statusie HIV+ (temat „leczenie”) bądź chce wykonać taki test i uzyskać podstawowe informacje na temat HIV (temat „testowanie”).

Badania z wykorzystaniem dostępu do informacji publicznej i badania sondażowe właściwe w każdym przypadku (ankiety, wywiady pogłębione) zostały poprzedzone badaniami pilotażowymi oraz ich wstępną oceną przez osoby z NGO działających na rzecz profilaktyki w zakresie HIV/AIDS. Przeprowadzono je w celu naniesienia ewentualnych korekt w opracowanych narzędziach badawczych. Wszystkie wykorzystane w trakcie badań narzędzia badawcze stanowią załączniki do niniejszej publikacji.

Oba etapy badań (*desk research* oraz badania sondażowe) zostały zrealizowane w dniach między 1 maja a 30 listopada 2015 r.

Realizacja działań profilaktycznych w latach 2013–2014 – analiza wyników badań¹

3.1. Działania prowadzone przez instytucje publiczne

W odniesieniu do działań profilaktycznych podejmowanych w ramach Programu warto zwrócić uwagę na stale zmniejszającą się kwotę przeznaczoną na te działania. W roku 2013 suma wydatków Krajowego Centrum ds. AIDS związana z finansowaniem Programu wyniosła 286 045 588,11 zł (czyli niecałe 287 mln zł), z czego 2,6 mln zł zostało przeznaczone na profilaktykę. W 2014 r. zmniejszyła się ogólna kwota na te działania (o prawie 7,5 mln zł) i wyniosła 278 575 866,54 zł (czyli prawie 279 mln zł). W przypadku aktywności profilaktycznej finansowanie zostało ograniczone do 2,4 mln zł. Proporcja wydatków ogólnych do tych przeznaczonych na profilaktykę utrzymuje się na poziomie 0,9%. W związku z tym trudno mówić o zaplanowanych, szeroko zakrojonych i efektywnych działaniach w tym zakresie czy też o długofalowej polityce profilaktycznej. Proporcje te wskazują również na niedocenianie tej formy działań dla realizacji celu, jakim jest zapobieganie zakażeniom HIV i zwalczanie AIDS.

Treść tego podrozdziału stanowi analiza tego, co robią jednostki zobowiązane do realizacji Programu w zakresie profilaktyki (w tym ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, jednostki samorządu

¹ W tej części publikacji wszystkie cytaty zaczerpnięte z materiałów uzyskanych w trakcie badań są wyróżnione w tekście krojem czcionki i kolorem. Treści wskazujące na dobre praktyki wyróżniono czcionką zieloną, a te, które wskazują na złe praktyki – czerwoną. W cytatach zachowano przeważnie pisownię zgodną z oryginałem, poprawiono jedynie drobne usterki interpunkcyjne oraz błędy mechaniczne (literówki).

terytorialnego, terenowe organy administracji rządowej oraz podległe im jednostki), ze wskazaniem dobrych praktyk. Została ona przeprowadzona na podstawie odpowiedzi uzyskanych z poszczególnych instytucji publicznych².

Wymienione w sprawozdaniach z realizacji Programu jednostki publiczne zobowiązane do podejmowania działań w zakresie przeciwdziałania HIV/AIDS (uwzględniono dodatkowo wszystkie ministerstwa) oraz wybrane jednostki samorządu terytorialnego zostały poproszone o udzielenie odpowiedzi na pytania związane z prowadzeniem aktywności profilaktycznej. Pytania dotyczyły:

- działań w obszarze profilaktyki HIV **kierowanej do ogółu społeczeństwa**;
- działań realizowanych w ramach profilaktyki HIV **kierowanej do kobiet w ciąży**;
- zapewnienia dostępności do **anonimowego i bezpłatnego testowania** w kierunku HIV;
- **zwiększenia i integracji działań mających na celu zapobieganie HIV**;
- działań w ramach profilaktyki HIV **kierowanych do osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych**;
- działań **z zakresu redukcji szkód zdrowotnych** w obszarze problematyki HIV/AIDS;
- działań mających **na celu poprawę jakości życia w sferze psychospołecznej osób zakażonych HIV i chorych na AIDS**, ich rodzin i bliskich;
- działań podejmowanych **w celu zwiększenia poziomu akceptacji społecznej wobec osób żyjących z HIV/AIDS**.

Uzyskanie odpowiedzi od poszczególnych instytucji publicznych wiązało się niejednokrotnie z dużym wkładem pracy ze strony badaczy. Wiadomości ginęły, trafiały do niewłaściwych osób, nie było wiadomo, kto obsługuje dany adres e-mail. Urzędnicy momentami wydawali się bezradni w udzielaniu kompetentnych odpowiedzi. Pojawiał się problem z terminowością

² Z wyjątkiem danych dotyczących nakładów finansowych przeznaczanych przez poszczególne jednostki na działania w obszarze HIV/AIDS. Zestawienia tabelaryczne przygotowane zostały na podstawie sprawozdań z realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS za lata 2013 i 2014, przygotowywanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS.

odpowiedzi, a kilka urzędów nie wywiązało się z obowiązku ustawowego w odniesieniu do odpowiedzi na wniosek o udostępnienie informacji publicznej.

Pisma otrzymywane od instytucji bardzo różniły się od siebie pod względem merytorycznym. Widać było, że część osób nie zrozumiała treści zadawanych pytań (np. tych dotyczących redukcji szkód – *harm reduction*), przez co odpowiedzi były przedstawiane na różnym poziomie dokładności. W podziale na poszczególne lata część odpowiedzi różniła się jedynie zmianą daty z roku 2013 na rok 2014. Z jednej strony może to świadczyć o kontynuacji podejmowanych w kolejnym roku działań, z drugiej strony bez właściwej oceny i ewaluacji zrealizowanych aktywności trudno określić ich efektywność, a co za tym idzie decydować o ich przedłużaniu.

W niektórych przypadkach pracownicy nie w pełni rozumieli pytania i mylili pojęcia (nie rozróżniali np. działań kierowanych do ogółu społeczeństwa od działań kierowanych do tych osób, które podejmują zachowania ryzykowne; nie znali znaczenia pojęcia „redukcja szkód”, które jest powszechne w profilaktyce kierowanej do osób podejmujących zachowania ryzykowne).

Część działań instytucji publicznych nosiła znamiona posunięć niecelowych czy też wskazujących na brak wiedzy merytorycznej realizatorów³:

W celu zwiększenia poziomu akceptacji społecznej wobec nosicieli HIV/ chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich, z okazji Światowego Dnia AIDS, wystawiono w holu Urzędu flagę z emblematem czerwonej kokardy (Urząd 24).

Odpowiedzi na pytanie dotyczące działań w ramach profilaktyki HIV kierowanych do osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych wskazują na niski poziom wiedzy w zakresie definiowania tej grupy. Konsekwencją tego stanu jest niespójność działań w relacji cel – grupa docelowa – podejmowana aktywność:

³ Odpowiedzi, które wskazywały na złe praktyki, wynikające często z braku wiedzy merytorycznej w przedmiotowych kwestiach, zostały zaprezentowane w publikacji z zastosowaniem oznaczeń (Urząd 1, Urząd 2, ...). W przypadku dobrych praktyk czy też ciekawych przykładów prowadzenia działań profilaktycznych użyto pełnych nazw instytucji.

Rozpoczęto prace nad ulotką skierowaną do seniorów oraz opracowanie materiału informacyjnego do części zdrowie poradnika seniora (Urząd 23).

Osoby o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych – to przede wszystkim młodzi ludzie (młodzież szkół ponadgimnazjalnych) – do nich skierowane były warsztaty edukacyjne „HIV/AIDS nie wybiera, Ty możesz”. Konferencja „Wakacje 2013” skierowana była do nauczycieli, pedagogów szkolnych, pielęgniarek szkolnych, pracowników pomocy społecznej – osób pracujących na co dzień z młodzieżą, także podczas wakacyjnego wypoczynku. Podczas konferencji „Współczesne problemy HIV/AIDS” – skierowanej do pracowników socjalnych i pracowników samorządu terytorialnego – zwróciliśmy uwagę na profilaktykę HIV/AIDS wśród młodzieży, a także problem ekspozycji zawodowej. Osoby, do których skierowaliśmy również nasze działania, to pracownicy ochrony zdrowia: pielęgniarki i położne, ze względu na możliwość zakażenia i zakażenia w miejscu pracy – konferencja „Zakażenia w ochronie zdrowia” (Urząd 28).

W procesie dydaktycznym ważne jest wyjście od potrzeb uczestników oraz powiązanie z nimi celu działań. W przypadku błędnego dookreślenia grupy docelowej prowadzona edukacja mija się z tym kluczowym dla procesu przekazywania wiedzy elementem, co skutkuje nieefektywnością.

Podobna sytuacja dotyczyła również innych zagadnień. Wspomniana już wcześniej kwestia redukcji szkód nastrocza realizatorom Programu trudności definicyjnych. Na pytanie dotyczące realizacji działań z zakresu redukcji szkód zdrowotnych w obszarze problematyki HIV/AIDS jedna z instytucji przesłała taką odpowiedź:

W obszarze redukcji szkód zdrowotnych w latach 2013 i 2014 instytucja koncentrowała się przede wszystkim na działaniach profilaktycznych skierowanych do młodzieży szkolnej podczas roku szkolnego i na wakacjach [...] były to następujące działania: edukacja młodzieży szkolnej w szkołach gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, na lekcjach i w placówkach letniego wypoczynku dzieci i młodzieży [...], konkursy wiedzy dla młodzieży [...], spektakle teatralne z profilaktyki, konferencje powiatowe z udziałem młodzieży, publikacje na stronach internetowych [...], dystrybucja materiałów walentynkowych oraz broszur (Urząd 42).

Wszystkie wymienione przez instytucję publiczną działania są oczywiście ważne z punktu widzenia szeroko rozumianego zapobiegania zakażeniom HIV, jednakże nie są to wprost aktywności dotyczące redukcji szkód. Warto w tym miejscu jeszcze raz podkreślić znaczenie dostosowania metod i technik pracy do ich celu głównego, a nie – jak to ma często miejsce – stosowania porządku odwróconego: najpierw realizujemy, potem zaczynamy się zastanawiać, po co to zrobiliśmy.

Analizując wartość nakładów finansowych wydatkowanych na poziomie ministerialnym przez ministrów właściwych ze względu na cele Programu w latach 2013 i 2014, można zobaczyć pewną tendencję do ograniczania tych środków (tabela 3).

Tabela 3. Zestawienie środków finansowych (w PLN) przeznaczonych na realizację Programu w 2013 r. i 2014 r. przez ministerstwa (na podstawie danych z Elektronicznej Bazy Monitoringowej)

Lp.	Ministerstwo	Rok 2013	Rok 2014
1.	Ministerstwo Edukacji Narodowej	0,00	0,00
2.	Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju	0,00	brak sprawozdania
3.	Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego	1 245 362,58	703 780,00
4.	Ministerstwo Obrony Narodowej	117 700,00	90 705,00
5.	Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej	15 100,00	155 088,40
6.	Ministerstwo Sportu i Turystyki	14 000,00	3 000,00
7.	Ministerstwo Spraw Wewnętrznych	46 262,90	56 929,00
8.	Ministerstwo Sprawiedliwości	333 700,00	646 859,00
9.	Ministerstwo Zdrowia	286 045 588,00	278 575 866,54

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań przygotowywanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS; kolor zielony – wzrost finansowania, kolor czerwony – spadek finansowania, kolor niebieski – brak zmian.

Porównując dwa lata realizacji Programu, widzimy, iż spośród dziewięciu analizowanych podmiotów trzy zwiększyły poziom finansowania (Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, Ministerstwo Sprawiedliwości), w pozostałych przypadkach budżet na ten cel albo został zmniejszony, albo pozostał na poziomie zerowym.

Przyjrzyjmy się zatem samym działaniom w zakresie profilaktyki, jakie podejmowały ministerstwa, do których skierowane były pisma w trybie zapytania o informację publiczną, ze szczegółowymi pytaniami dotyczącymi profilaktyki. Spośród 17 wysłanych zapytań (do wszystkich ówczesnie funkcjonujących ministerstw: Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji, Ministerstwa Edukacji Narodowej, Ministerstwa Finansów, Ministerstwa Gospodarki, Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju, Ministerstwa Kultury i Dziedzictwa Narodowego, Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Ministerstwa Skarbu Państwa, Ministerstwa Sportu i Turystyki, Ministerstwa Spraw Zagranicznych, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Ministerstwa Sprawiedliwości, Ministerstwa Środowiska, Ministerstwa Zdrowia), w terminie ustawowym odpowiedziało 13 podmiotów. Większość ministerstw (10 podmiotów) w swoich odpowiedziach wskazywała na nierealizowanie zadań w zakresie profilaktyki HIV/AIDS. Przykładowo Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju – wymieniane w sprawozdaniach Krajowego Centrum ds. AIDS z realizacji Programu – udzieliło takiej odpowiedzi:

W odpowiedzi na wniosek o udostępnienie informacji publicznej, który wpłynął do Ministerstwa w dniu 10 września br., informuję, że we wskazanym okresie Ministerstwo nie realizowało zadania w zakresie profilaktyki HIV. Dodatkowo nadmieniam, że Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju jako pracodawca przestrzega równego traktowania w zatrudnieniu, wynikającego z ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1502, z późn. zm.).

W kilku odpowiedziach odsyłano do Ministerstwa Zdrowia jako jednostki realizującej zadania z zakresu profilaktyki HIV. Wskazuje to na niedostrzeżenie potrzeby podejmowania działań w tym zakresie oraz na wąskie traktowanie problemu, dotyczącego w swej istocie wszystkich obszarów życia społecznego.

Do najczęściej wskazywanych przez ministerstwa **działań profilaktycznych skierowanych do ogółu społeczeństwa** należą:

- działania edukacyjne kierowane do uczniów i wychowanków szkół i placówek systemu oświaty oraz do nauczycieli i wychowawców, realizowane w ramach podstawy programowej wychowania przedszkolnego i kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Ministerstwo Edukacji Narodowej);
- warsztaty w zakresie profilaktyki zachowań ryzykownych oraz promowania stylu życia wolnego od alkoholu, narkotyków i nikotyny (Ministerstwo Obrony Narodowej);
- szkolenie z zakresu profilaktyki uzależnień i zachowań ryzykownych przeznaczone dla edukatorów wojskowych-psychologów (Ministerstwo Obrony Narodowej);
- spektakle teatralne o tematyce profilaktycznej (Ministerstwo Obrony Narodowej);
- koncerty poświęcone profilaktyce uzależnień (Ministerstwo Obrony Narodowej);
- zajęcia z profilaktyki HIV na terenie macierzystych jednostek wojskowych prowadzone przez przeszkolonych edukatorów wojskowych (Ministerstwo Obrony Narodowej);
- zajęcia programowe z zakresu profilaktyki HIV oraz chorób przenoszonych drogą płciową realizowane na uczelniach wojskowych (Ministerstwo Obrony Narodowej);
- działania edukacyjne prowadzone w Wojskowym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa dla kandydatów (żołnierzy, pracowników wojska i ich rodzin) na dawców krwi i jej składników (Ministerstwo Obrony Narodowej);
- szkolenia w instytucjach leczniczych w zakresie postępowania poekspozycyjnego, opracowanie standardowych procedur dotyczących postępowania po ekspozycji zawodowej (Ministerstwo Obrony Narodowej);
- działania edukacyjne w ramach rozmów indywidualnych z kandydatami na niespokrewnionych dawców szpiku (Ministerstwo Obrony Narodowej);
- dofinansowywanie projektów profilaktycznych dla młodzieży akademickiej oraz projektów antydyskryminacyjnych w ramach Programu Operacyjnego Funduszu Inicjatyw Obywatelskich (PO FIO) (Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej);

- kontynuacja i rozwój modułów szkoleniowych (edukacyjno-profilaktycznych) ukierunkowanych na grupy docelowe (ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży, kobiet) oraz zgodnie z potrzebami i oceną aktualnej sytuacji epidemiologicznej, w tym konferencji, seminariów, forów, wykładów (Ministerstwo Sportu i Turystyki);
- warsztaty profilaktyczne, organizacja kampanii informacyjnych skierowanych do wychowanków zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich zgodnie z potrzebami (organizacja Światowego Dnia Walki z AIDS, konkursy z wiedzy o HIV i AIDS, zajęcia edukacyjno-informacyjne i edukacyjno-profilaktyczne, gazetki i plakaty okolicznościowe, filmy i programy edukacyjne) (Ministerstwo Sprawiedliwości);
- działania informacyjno-edukacyjne skierowane do funkcjonariuszy i pracowników Służby Więziennej (konferencje, szkolenia, kursy, szkolenia wewnątrzzakładowe, dystrybucja materiałów edukacyjno-informacyjnych) (Ministerstwo Sprawiedliwości);
- działania informacyjno-edukacyjne skierowane do osób pozbawionych wolności (programy terapeutyczne, szkolenia, pogadanki, audycje radiowe, dystrybucja materiałów edukacyjno-informacyjnych) oraz działania informacyjno-edukacyjne skierowane do każdej osoby przyjmowanej do zakładu karnego/aresztu śledczego (Ministerstwo Sprawiedliwości).

Ministerstwo Zdrowia w odpowiedzi na pytania dotyczące działań profilaktycznych kierowanych do ogółu społeczeństwa podało jako źródło informacji sprawozdania Krajowego Centrum ds. AIDS z lat 2013 i 2014, informując jednocześnie, iż celem ułatwienia odnalezienia informacji w tabeli załączonej do pisma przy poszczególnych zadaniach/działaniach wskazano strony sprawozdań z 2013 i 2014 r., na których można odnaleźć odpowiedzi na zadane pytania.

Na podkreślenie zasługują działania podejmowane przez Ministerstwo Obrony Narodowej oraz Ministerstwo Sprawiedliwości. Są one prowadzone dwukierunkowo. Z jednej strony są adresowane do osób będących multiplikatorami wiedzy (kadra kierownicza, szkoleniowa, nauczyciele, wychowawcy, pracownicy podległych jednostek), z drugiej do osób związanych z danymi instytucjami i korzystających z ich „usług” (uczniowie, żołnierze, wychowankowie zakładów poprawczych i schronisk dla nieletnich, osoby pozbawione wolności). Tak rozumiane

i, co za tym idzie, realizowane działania profilaktyczne kierowane do ogółu społeczeństwa mają szansę powodzenia. To właśnie komponent wiedzy jest istotny w tym typie aktywności. Budowanie struktur pozwalających na strategiczne i długofalowe realizowanie profilaktyki kierowanej do ogółu społeczeństwa jest podstawą efektywności i skuteczności podejmowanych działań.

Na **działania skierowane do osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych** wskazują w swoich odpowiedziach dwa ministerstwa: Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Sprawiedliwości. Dziwi fakt, iż Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej nie podejmowało działań skierowanych do tej grupy odbiorców.

Na uwagę zasługuje podejście do tematu **profilaktyki HIV kierowanej do kobiet w ciąży** prezentowane przez dwa ministerstwa: Ministerstwo Obrony Narodowej i Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Oba podmioty podkreślają znaczenie tego tematu i poruszają go w ramach działań edukacyjnych, jeśli nie kierowanych bezpośrednio do kobiet w ciąży, to jako zagadnienie omawiane w ramach szkoleń dotyczących profilaktyki:

MSW, ze względu na zakres działania, nie realizuje działań z zakresu profilaktyki HIV kierowanej bezpośrednio do kobiet w ciąży. Jednocześnie SP ZOZ MSW posiadające w swoich strukturach oddziały lub poradnie ginekologiczne, prowadzą pacjentki w ciąży zgodnie z wymogami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem, które to postępowanie obejmuje **obowiązek zaproponowania pacjentce wykonania testu w kierunku HIV** [wyróżnienie moje – E.W.]. Część SP ZOZ MSW [...] prowadziła edukację w formie wykładów, dotyczącą zagrożeń związanych z zakażeniem HIV i możliwościami wykonywania badań w tym kierunku, skierowaną do kobiet w ciąży – pacjentek danej jednostki.

Literalne traktowanie zapisu dotyczącego działań profilaktycznych kierowanych do kobiet w ciąży w sposób znaczący ogranicza zakres aktywności. Podejście prezentowane przez wyżej wspomniane ministerstwa pozwala na dotarcie do szerokiego grona odbiorców.

Podobnie rzecz się ma w odniesieniu do problematyki **dostępności do anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV**. Mimo braku zapisów ustawowych obligujących poszczególne ministerstwa do działań w tym zakresie (zadanie to realizuje Ministerstwo Zdrowia) jest możliwość informowania o istniejącym i funkcjonującym na terenie całej Polski systemie punktów konsultacyjno-diagnostycznych (PKD). Taką drogę wybrało Ministerstwo Spraw Zagranicznych:

Ministerstwo Spraw Zagranicznych nie finansuje działalności punktów bezpłatnego i anonimowego testowania w kierunku HIV. Promuje natomiast, wśród funkcjonariuszy, pacjentów oraz ogółu społeczeństwa w ramach prowadzonych działań edukacyjnych i profilaktycznych, możliwość wykonania bezpłatnego i anonimowego testowania w istniejących punktach konsultacyjno-diagnostycznych.

Warto omawiane podejście propagować i realizować również w innych instytucjach publicznych. Wymaga to jedynie – a może aż – dostrzeżenia wagi problemu i chęci działania.

Ministerstwo Sprawiedliwości w sposób szczegółowy przedstawiło w piśmie zakres działań podejmowanych w celu zapewnienia dostępności do anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV:

[...] zakłady poprawcze i schroniska dla nieletnich realizowały następujące działania:

- dostarczenie informacji wychowankom nt. punktów, w których mogą anonimowo wykonać test w kierunku HIV,
- stworzenie mapy punktów diagnostyczno-konsultacyjnych,
- zapoznanie wychowanków z zagadnieniami: status serologiczny, okienko serologiczne;
- stała współpraca z placówkami służby zdrowia (umożliwienie wykonania testu na obecność wirusa HIV, jeśli zajdzie taka potrzeba).

W przypadku zakładów karnych i aresztów śledczych zapewniany jest dostęp do dobrowolnego, anonimowego, bezpłatnego testowania połączony z informacją i edukacją w zakresie HIV/AIDS. Zadanie realizowane jest wobec każdej osoby nowo przybyłej do ZK/AŚ i wszystkich osadzonych zgłaszających taką potrzebę oraz w uzasadnionych klinicznie przypadkach na wniosek lekarza

za zgodą pacjenta. Dostępność i anonimowość zapewniona jest zgodnie z obowiązującymi *Międzynarodowymi Wytocznymi w zakresie HIV/AIDS i Praw Człowieka* oraz obowiązującymi krajowymi regulacjami prawnymi.

Działania podejmowane przez Ministerstwo Sprawiedliwości mogą być z powodzeniem przeprowadzane również w warunkach wolnościowych. Informowanie o możliwości wykonania anonimowo i bezpłatnie testu w kierunku HIV, podanie informacji o PKD znajdującym się najbliżej miejsca zamieszkania czy zapoznanie z podstawowymi informacjami na temat statusu serologicznego mogą być realizowane np. w placówkach edukacyjnych (oczywiście z uwzględnieniem poziomu rozwojowego uczniów) czy w instytucjach podległych innym ministerstwom, np. Ministerstwu Pracy i Polityki Społecznej (obecnie Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej). Obecność tematu HIV/AIDS w przestrzeni publicznej nie tylko przyczynia się do zmniejszania stygmatyzacji osób żyjących z HIV/AIDS, ale również jest działaniem z zakresu profilaktycznego.

By takie aktywności mogły mieć miejsce, ważne są **zwiększenie i integracja działań mających na celu zapobieganie HIV** w skali kraju oraz w ramach poszczególnych instytucji. Różne ministerstwa wprawdzie podejmują działania w zakresie profilaktyki HIV/AIDS, jednak bez prowadzenia ich w sposób zaplanowany i długofalowy dochodzi do sytuacji, w której dominuje „akcyjność”. Kilka ministerstw (Ministerstwo Sprawiedliwości, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych oraz Ministerstwo Obrony Narodowej) podjęło działania zmierzające do zwiększenia i integracji poczynań w celu zapobiegania HIV. Zdecydowanie dobrą praktyką, którą warto przenieść do innych instytucji publicznych, jest powołanie koordynatorów odpowiadających za realizację zadań:

W 2013 i 2014 r. w resorcie obrony narodowej, za realizację Krajowego Programu [...] odpowiadał Inspektorat Wojskowej Służby Zdrowia oraz Departament Wychowania i Promocji Obronności MON. W ww. departamencie zatrudniony był koordynator realizacji programu w resorcie obrony narodowej.

I choć oczywiście samo powołanie koordynatora nie czyni realizacji lepszą czy też bardziej efektywną, jest to jednak jasny sygnał, iż problematyka profilaktyki HIV/AIDS istnieje i do tego jest ważnym elementem w programie działania instytucji publicznej.

Ostatnim tematem poruszonym w ramach wniosków o udostępnienie informacji publicznej było zagadnienie profilaktyki trzeciorzędowej. **Poprawa jakości życia w sferze psychospołecznej osób zakażonych HIV i chorych na AIDS**, ich rodzin i bliskich oraz działania podejmowane w celu zwiększenia poziomu akceptacji społecznej wobec osób żyjących z HIV/AIDS znalazły się w obszarze zainteresowania niewielkiej liczby ministerstw (Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Edukacji Narodowej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Ministerstwa Sprawiedliwości):

Poprawa jakości życia w sferze psychospołecznej osób zakażonych HIV i chorych na AIDS odbywała się poprzez edukację mającą na celu kształtowanie postaw odpowiedzialności za własne zdrowie oraz promocję postaw akceptacji wobec osób żyjących z HIV/AIDS. Każda osoba zakażona wirusem HIV winna poinformować o swoim statusie serologicznym wyłącznie partnera seksualnego, natomiast nie ma obowiązku informowania o zakażeniu pracodawcy. W związku z tym, wszelkie działania zmierzające do poprawy jakości życia osób zakażonych oraz zwiększenia poziomu akceptacji społecznej wobec tych osób opierały się na edukowaniu środowiska wojskowego (Ministerstwo Obrony Narodowej).

Analogicznie do omawianych wcześniej kwestii, również w tym przypadku mamy do czynienia z instytucjami, które prezentują postawę zrozumienia dla wagi i znaczenia szeroko rozumianej profilaktyki w zakresie HIV/AIDS. Wyszkolona kadra uwrażliwiona na problem będzie podejmowała działania nawet przy braku obligatoryjności czy normy prawnej wymuszającej daną aktywność. W sytuacji przeciwnej, gdy mamy do czynienia z jednostkami funkcjonującymi w myśl zasady „to nie moja sprawa”, „to mnie nie dotyczy”, pojawienie się sankcji za niewykonanie zadania może prowadzić do podejmowania jedynie działań pozornych, niezwiązanych z istotą problemu. Traktowanie profilaktyki w zakresie HIV/AIDS jako zadania do realizacji przez wszystkie instytucje publiczne, na wszystkich szczeblach jest podejściem nie tylko podnoszącym efektywność, ale także będącym przejawem polityki włączającej.

Czy – a jeśli tak, to w jaki sposób – polityka w obszarze profilaktyki na szczeblu ministerialnym przekłada się na działania na szczeblu wojewódzkim? Urzędy wojewódzkie w okresie objętym badaniem przeznaczały na

działania w zakresie realizacji Programu od 0 do ponad 72 tys. zł. Analizując poziom finansowania, widzimy, iż cztery z nich zwiększyły poziom finansowania (np. Łódzki Urząd Wojewódzki), w ośmiu przypadkach został on zmniejszony nawet do 0 zł (np. Pomorski Urząd Wojewódzki), natomiast w czterech pozostał on na poziomie zerowym.

Tabela 4. Zestawienie środków finansowych (w PLN) przeznaczonych na realizację Programu w 2013 r. i 2014 r. przez urzędy wojewódzkie (na podstawie danych z Elektronicznej Bazy Monitoringowej)

Lp.	Urząd wojewódzki	Rok 2013	Rok 2014
1.	Dolnośląski UW	0,00	0,00
2.	Kujawsko-Pomorski UW	50 000,00	30 000,00
3.	Lubelski UW	41 000,00	39 000,00
4.	Lubuski UW	0,00	7 570,00
5.	Łódzki UW	57 180,00	72 512,00
6.	Małopolski UW	103,00	57,30
7.	Mazowiecki UW	0,00	0,00
8.	Opolski UW	0,00	0,00
9.	Podkarpacki UW	0,00	0,00
10.	Podlaski UW	0,00	10 000,00
11.	Pomorski UW	30 993,76	0,00
12.	Śląski UW	4 229,44	2 057,04
13.	Świętokrzyski UW	1 100,00	0,00
14.	Warmińsko-Mazurski UW	4 700,00	8 400,00
15.	Wielkopolski UW	12 405,29	9 940,65
16.	Zachodniopomorski UW	70 173,00	48 945,49

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań przygotowywanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS; kolor zielony – wzrost finansowania, kolor czerwony – spadek finansowania, kolor niebieski – brak zmian.

Mając na uwadze minimalne w niektórych przypadkach koszty realizacji Programu, warto przyrzeć się bliżej konkretnym działaniom podejmowanym w tym zakresie. Do wszystkich urzędów wojewódzkich zostały dwukrotnie skierowane pisma (dotyczące działań w roku 2013 oraz 2014) w trybie zapytania o informację publiczną ze szczegółowymi pytaniami dotyczącymi profilaktyki. W większości przypadków (28 odpowiedzi na 32 zapytania) został dotrzymany ustawowy termin przekazania informacji.

Bazując na uzyskanych odpowiedziach, można stwierdzić, iż na szczeblu wojewódzkim w ramach profilaktyki HIV/AIDS nie dzieje się nic lub prawie nic ze względu na – jak wskazują w odpowiedziach instytucje – brak środków finansowych na realizację Programu. Do podejmowanych działań można zaliczyć:

- udostępnianie sal i współorganizację konferencji;
- udostępnianie na stronach urzędów wojewódzkich informacji o Programie i linkowanie strony internetowej Krajowego Centrum ds. AIDS;
- współudział w organizowaniu olimpiad wiedzy na temat HIV/AIDS.

Przeszkodą w realizacji Programu może być również interpretacja aktów prawnych dokonywana przez urzędy wojewódzkie. W jednej z odpowiedzi czytamy:

W odpowiedzi na pismo z dnia 9 września 2015 r. uprzejmie informuję, że (nazwa UW) jest jednostką nadzorującą sprawozdawczość realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w danym roku kalendarzowym, na podstawie par. 7 ust. 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (Dz. U. Nr 44, poz. 227). Udostępniony kod „z automatu” wpisuje jako jednostkę sprawozdawczą (nazwa UW), co wprowadza Państwa w błąd. Zadania, o których jest mowa, były realizowane przez podległe jednostki administracji zespolonej, jakimi są Inspekcje Sanitarne oraz przez podmioty zobligowane do realizacji zadań wynikających z Harmonogramu (Urząd 20).

Warto odnieść się do faktycznego brzmienia przywołanej w piśmie regulacji. W paragrafie 5 ust. 2 rozporządzenia **terenowe organy**

administracji rządowej są wprost wskazane **jako podmioty zobowiązane do realizacji** Programu: „§ 5.2. Podmiotami obowiązany do realizacji Programu są także terenowe organy administracji rządowej oraz podległe im jednostki”. Przez „podległe im jednostki” rozumie się podmioty, które wraz z organami administracji rządowej realizują zadania. Przywołany w odpowiedzi paragraf dotyczący sprawozdawczości zobowiązuje urzędy wojewódzkie do przedstawienia stosownego sprawozdania z zadań objętych harmonogramem: „§ 7.1. Podmioty obowiązane do realizacji Programu przedstawiają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w terminie do dnia 15 kwietnia, roczne sprawozdanie z wykonania zadań objętych harmonogramami rocznymi”⁴.

Są jednakże urzędy wojewódzkie, które realizują działania zgodnie z Programem:

W roku 2013 przeprowadzane były przez Wydział Kontroli Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego kontrole problemowe w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad kobietą w ciąży. W wystąpieniach pokontrolnych Wojewoda Mazowiecki zobowiązuje podmioty lecznicze do wykonywania wśród wszystkich kobiet w ciąży pełnego katalogu zalecanych badań zgodnie z normą ustaloną w części II załącznika do rozporządzenia w sprawie opieki okołoporodowej. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połoгу oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2012 r. poz. 1100) w okresie ciąży zalecane jest dwukrotne badanie w kierunku zakażenia HIV, od 10. tygodnia ciąży i pomiędzy 33. a 37. tygodniem ciąży. W 2013 roku gromadzone były dane do raportu pn. „Opieka neonatologiczna wcześniaków na Mazowszu”, wydanego w 2014 r., w którym zostały uwzględnione m.in. dane z przeprowadzonych kontroli w zakresie wykonania pełnego katalogu badań diagnostycznych w tym: badań w kierunku HIV. W 2014 r. przeprowadzane były przez Wydział Kontroli Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego kontrole problemowe w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad kobietą w ciąży. W 2014 r. skontrolowano 517 kart w 14 poradniach. Kontrole wykazały, że w około

⁴ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (Dz. U. z 2011 r. Nr 44, poz. 227).

32% przypadków nie wykonano badania w kierunku HIV. W wystąpieniach pokontrolnych Wojewoda Mazowiecki zobowiązuje podmioty lecznicze do wykonywania u wszystkich kobiet w ciąży pełnego katalogu zalecanych badań zgodnie z normą ustaloną w części II załącznika do rozporządzenia w sprawie opieki okołoporodowej (Mazowiecki Urząd Wojewódzki).

Przywołany przykład wskazuje na możliwość podejmowania działań profilaktycznych w obszarze HIV/AIDS. Wymaga to jednak wiedzy w przedmiotowym zakresie.

Wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne to jednostki, których zakres podstawowych zadań obejmuje wykonywanie czynności związanych z realizacją działań powierzonych Państwowemu Wojewódzkiemu Inspektorowi Sanitarnemu, z kolei Inspektor ma wykonywać zadania powierzone Głównemu Inspektoratowi Sanitarnemu w art. 1 ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej⁵.

Szczegółowe zadania poszczególnych 16 WSSE określają statuty wydane mocą zarządzenia. Jednostki są powołane do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w tym profilaktyki HIV/AIDS. Jak wynika z rocznych sprawozdań⁶ z realizacji Programu, WSSE w różnym stopniu finansują działania w nim wskazane (tabela 5).

Jak czytamy w sprawozdaniach: „Z uwagi na sytuację finansową część instytucji realizowała zadania bezkosztowo, tzn. przez pracownika w ramach etatu. Z uwagi na specyfikę tematu oraz koszty realizacja niektórych zadań była łączona z problematyką innych programów zdrowotnych/profilaktycznych”. Warto jednak zwrócić uwagę, iż część WSSE stale ponosi koszty działań w ramach Programu na poziomie kilkudziesięciu tysięcy złotych, podczas gdy inne (np. WSSE Opole, WSSE Katowice) prowadzą działania bezkosztowo lub z minimalnym finansowaniem.

⁵ Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 1985 r. Nr 12, poz. 49).

⁶ *Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w 2013 roku*. Krajowe Centrum ds. AIDS, Minister Zdrowia, Warszawa 2014; *Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w 2014 roku*. Krajowe Centrum ds. AIDS, Minister Zdrowia, Warszawa 2015.

Tabela 5. Zestawienie środków finansowych (w PLN) przeznaczonych na realizację Programu w 2013 r. i 2014 r. przez wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne (na podstawie danych z Elektronicznej Bazy Monitoringowej)⁷

Lp.	Wojewódzka stacja sanitarno-epidemiologiczna	Rok 2013	Rok 2014
1.	WSSE w Białymstoku	320,00	1 450,00
2.	WSSE w Bydgoszczy	900,00	7 750,00
3.	WSSE w Gdańsku	63 576,00	45 755,00
4.	WSSE w Gorzowie Wielkopolskim	30 830,00	0,00
5.	WSSE w Katowicach	300,00	45,00
6.	WSSE w Kielcach	0,00	143,90
7.	WSSE w Krakowie	55 641,00	7 000,00
8.	WSSE w Lublinie	3 380,00	5 211,00
9.	WSSE w Łodzi	856,41	3 755,71
10.	WSSE w Olsztynie	7 599,75	4 945,00
11.	WSSE w Opolu	0,00	0,00
12.	WSSE w Poznaniu	48 871,65	37 805,00
13.	WSSE w Rzeszowie	2 193,00	2 557,25
14.	WSSE w Szczecinie	9 162,69	297,23
15.	WSSE w Warszawie	0,00	0,00
16.	WSSE we Wrocławiu	3 900,00	34 119,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań przygotowywanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS; kolor zielony – wzrost finansowania, kolor czerwony – spadek finansowania, kolor niebieski – brak zmian.

⁷ WSSE podają koszt całościowy działań, a nie swój wkład własny. Prowadzi to do sytuacji, w której nakład finansowy na konkretne działania pojawia się w sprawozdaniach kilka razy.

Porównując dwa lata realizacji Programu, widzimy, iż siedem podmiotów zwiększyło poziom finansowania (np. WSSE we Wrocławiu), w siedmiu przypadkach został on zmniejszony (np. WSSE w Gorzowie Wielkopolskim), w dwóch pozostaje na poziomie zerowym.

Przyjrzyjmy się samym działaniom w zakresie profilaktyki, jakie podejmowały WSSE. Do wszystkich podmiotów zostały skierowane pisma w trybie zapytania o informację publiczną ze szczegółowymi pytaniami dotyczącymi profilaktyki. W zdecydowanej większości przypadków (15 WSSE) został dotrzymany ustawowy termin przekazania informacji i to na ich podstawie dokonano analizy podejmowanych działań w zakresie profilaktyki w latach 2013 i 2014.

W większości przypadków WSSE w swoich odpowiedziach odsyłały po informacje do sprawozdań z realizacji Programu lub do swoich stron internetowych. Te jednostki, które odpowiedziały na zapytania, wskazywały na aktywności realizowane przeważnie „z okazji” obchodów okolicznościowych, np. Światowego Dnia AIDS. Do najczęściej wymienianych działań należa:

- zajęcia warsztatowe i szkolenia przeprowadzane przez edukatorów profilaktyki HIV/AIDS (pracowników WSSE) dla różnych grup odbiorców (pedagodzy i psychologzy na co dzień pracujący w aresztach śledczych i więziennictwie; młodzież szkół ponadgimnazjalnych i wyższych uczelni);
- udział w społecznych kampaniach informacyjnych Krajowego Centrum ds. AIDS;
- akcje informacyjno-edukacyjne prowadzone podczas imprez masowych;
- konkursy na hasło promujące bezpieczne zachowania w ramach profilaktyki HIV/AIDS;
- organizacja działań i dystrybucja materiałów edukacyjnych w ramach obchodów Międzynarodowego Dnia Pamięci o Zmarłych na AIDS oraz Światowego Dnia AIDS;
- organizacja konferencji;
- umieszczanie informacji o PKD na stronach internetowych.

W większości przypadków WSSE nie są inicjatorami działań, ale partnerami w ramach okazjonalnych akcji. Jedną z wartych uwagi praktyk jest **wsparcie, które otrzymują PKD**, wskazane w odpowiedziach WSSE w trzech przypadkach:

WSSE finansuje koszt utylizacji prób, koszty eksploatacyjne pomieszczeń biurowych i laboratoryjnych. Na budynku WSSE oraz w poczekalni znajduje się tablica z informacją o punkcie. Na stronie internetowej oddziału promocji zdrowia www.oswiata.sanepid.olsztyn.pl została utworzona zakładka poświęcona PKD w kierunku HIV w Olsztynie (WSSE w Olsztynie).

Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny działający przy Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gorzowie Wlkp. mieści się w siedzibie WSSE przy ul. Mickiewicza 12b (pokój nr 4), która bezpłatnie użycza pomieszczeń do jego funkcjonowania. W celu rozpropagowania działalności Punktu tematyczną informację zamieszczono na stronie internetowej WSSE, a w tramwajach i autobusach eksponowano wywieszki promujące anonimowe testowanie. Podobne wywieszki przekazano do dużych podmiotów leczniczych (zespołów lekarzy rodzinnych i poradni dla kobiet) oraz szkół ponadgimnazjalnych miasta Gorzowa Wlkp. (WSSE w Gorzowie Wielkopolskim).

Dostępność do anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV w latach 2013 i 2014 została zapewniona poprzez zawarcie Porozumienia w sprawie współpracy pomiędzy Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w Bydgoszczy a Stowarzyszeniem Wolontariuszy „Razem” w Toruniu. Przedmiotem współpracy była obsługa laboratoryjna Punktu Konsultacyjno-Diagnostycznego w Bydgoszczy, wykonującego anonimowo i bezpłatnie badania wykrywające zakażenia HIV, oraz bezpłatnego użyczenia pomieszczeń na funkcjonowanie Punktu Konsultacyjno-Diagnostycznego w Bydgoszczy (WSSE w Bydgoszczy).

W odniesieniu do finansowania Programu w dwóch kolejnych latach przez urzędy marszałkowskie można zobaczyć, iż cztery z nich zwiększyły poziom kosztów przeznaczonych na realizację zadań Programu (np. Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego), w 11 przypadkach został on zmniejszony (w niektórych prawie o połowę), w jednym przypadku pozostał on na niezmiennym poziomie (tabela 6).

Tabela 6. Zestawienie środków finansowych (w PLN) przeznaczonych na realizację Programu w 2013 r. i 2014 r. przez urzędy marszałkowskie (na podstawie danych z Elektronicznej Bazy Monitoringowej)

Lp.	Urząd marszałkowski	Rok 2013	Rok 2014
1.	UM Województwa Dolnośląskiego	90 000,00	60 000,00
2.	UM Województwa Kujawsko-Pomorskiego	47 960,00	58 619,00
3.	UM Województwa Lubelskiego	104 904,45	58 693,96
4.	UM Województwa Lubuskiego	10 000,00	10 000,00
5.	UM Województwa Łódzkiego	127 021,41	108 282,09
6.	UM Województwa Małopolskiego	179 365,00	206 757,00
7.	UM Województwa Mazowieckiego	0,00	4 060,00
8.	UM Województwa Opolskiego	5 400,00	8 400,00
9.	UM Województwa Podkarpackiego	16 740,00	9 628,80
10.	UM Województwa Podlaskiego	29 784,11	21 661,22
11.	UM Województwa Pomorskiego	81 810,00	44 597,00
12.	UM Województwa Śląskiego	69 980,00	40 000,00
13.	UM Województwa Świętokrzyskiego	7 000,00	5 000,00
14.	UM Województwa Warmińsko-Mazurskiego	31 000,00	16 000,00
15.	UM Województwa Wielkopolskiego	52 331,82	40 147,38
16.	UM Województwa Zachodniopomorskiego	54 900,00	51 147,48

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań przygotowywanych przez Krajowe Centrum ds. AIDS; kolor zielony – wzrost finansowania, kolor czerwony – spadek finansowania, kolor niebieski – brak zmian.

Do wszystkich podmiotów zostały skierowane dwukrotnie pisma (dotyczące działań w roku 2013 oraz 2014) w trybie zapytania o informację publiczną ze szczegółowymi pytaniami dotyczącymi profilaktyki. W większości przypadków (24 odpowiedzi na 32 zapytania) został dotrzymany ustawowy termin przekazania informacji. Z danych uzyskanych z odpowiedzi wynika, iż większość działań prowadzonych przez urzędy marszałkowskie kierowana jest do ogółu społeczeństwa. Są to aktywności realizowane przez organizacje pozarządowe wyłonione w otwartych konkursach ofert i polegające na:

- prowadzeniu warsztatów z zakresu profilaktyki HIV/AIDS;
- organizowaniu seminariów dotyczących działań profilaktycznych;
- prowadzeniu działań informacyjno-edukacyjnych (np. w związku ze Światowym Dniem Walki z AIDS);
- prowadzeniu zajęć edukacyjno-informacyjnych dla różnych grup zawodowych z zakresu profilaktyki zakażeń HIV;
- prowadzeniu kampanii informacyjnych w mediach lokalnych.

Warte upowszechnienia są działania wymienione przez Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego w odpowiedzi (zacytowanej poniżej w całości) na pytanie dotyczące działań profilaktycznych kierowanych do ogółu społeczeństwa zrealizowanych w roku 2013. Również sama odpowiedź (ze wskazaniem kwot przeznaczonych na poszczególne zadania) jest przykładem dobrej praktyki w kontakcie z obywatelami. Wskazane w piśmie aktywności w zakresie profilaktyki HIV są realizowane przez urząd we współpracy z innymi podmiotami, co zostało podkreślone. Może to świadczyć o planowym podejściu do zagadnienia profilaktyki oraz budowaniu sieci instytucji zaangażowanych w te działania:

1. Interaktywna aplikacja facebookowa „Podlaskie bez HIV”: aplikacja składała się z trzech modułów i zainstalowana została na fanpage’u Podlaskie Bogactwo Różnorodności. Użytkownicy mogli korzystać z bazy wiedzy na temat HIV/AIDS, wziąć udział w interaktywnym konkursie wiedzy mającym na celu rozpowszechnienie wśród młodzieży informacji z zakresu HIV/AIDS. Ponadto aplikacja umożliwiła promocję XII edycji konkursu „MAT – wygrywa Miłość, Akceptacja, Tolerancja” – 9947,90 zł. 2. Konkurs „MAT – wygrywa Miłość, Akceptacja, Tolerancja”: przeprowadzona została XII edycja konkursu polegającego na przygotowaniu utworu muzycznego, którego treść dotyczyła problematyki HIV/AIDS ph. „MAT – wygrywa Miłość, Akceptacja, Tolerancja”. Konkurs kierowany był do młodzieży ponadgimnazjalnej. W koncercie finałowym wzięło udział 37 wykonawców z 12 szkół ponadgimnazjalnych, a przygotowane przez nich utwory znalazły się na płycie CD. Następnie płyty CD rozesłane zostały do szkół, jako pomoce dydaktyczne na potrzeby realizacji zajęć z zakresu HIV/AIDS – 9798,01 zł. 3. Wojewódzka Olimpiada Wiedzy o HIV/AIDS: olimpiada przebiegała etapowo: etap szkolny, powiatowy, wojewódzki. Do olimpiady przystąpiła młodzież z 57 szkół gimnazjalnych mających siedzibę na terenie województwa podlaskiego.

Olimpiada organizowana była we współpracy z Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w Białymstoku, Podlaskim Urzędem Wojewódzkim, Regionalnym Ośrodkiem Polityki Społecznej w Białymstoku oraz Polskim Towarzystwem Oświaty Zdrowotnej Oddział w Białymstoku – 6059,21 zł.

4. Stoisko informacyjno-edukacyjne: podczas koncertu finałowego konkursu „MAT – wygrywa Miłość, Akceptacja, Tolerancja” we współpracy z członkami Studenckiego Koła Naukowego Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku zorganizowano stoisko informacyjno-edukacyjne, gdzie znajdowały się ulotki, broszury informacyjne w zakresie profilaktyki HIV/AIDS. Dodatkowo obsługa stoiska wręczała czerwone kokardki będące symbolem solidarności z osobami zakażonymi wirusem HIV – 0,00 zł.

5. Kampania w lokalnych mediach: kampania społeczna w zakresie profilaktyki HIV/AIDS – przy współpracy z Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w Białymstoku powstał spot radiowy, który emitowany był w lokalnej rozgłośni radiowej Polskim Radiu Białystok. Dzięki kampanii słuchacze pozyskali wiedzę na temat lokalizacji Punktu Konsultacyjno-Diagnostycznego w Białymstoku, w którym bezpłatnie i anonimowo wykonywane są testy na HIV – 3978,99 zł.

W związku z realizacją „Programu zapobiegania zakażeniom HIV w województwie podlaskim na lata 2012–2016” w 2013 roku z budżetu województwa podlaskiego wydatkowana została kwota ogółem 29 784,11 zł.

Innym działaniem na rzecz profilaktyki HIV/AIDS podejmowanym przez urzędy marszałkowskie (6 podmiotów) w latach 2013 i/lub 2014 było **przekazywanie dotacji celowej na prowadzenie PKD** (Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego, Urząd Marszałkowski Województwa Podkarpackiego, Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego, Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego, Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego, Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego).

Warto zwrócić uwagę na realizację zadań z zakresu redukcji szkód przez urzędy. Program leczenia substytucyjnego (w tym: zwiększenie dostępności usług terapii indywidualnej, grupowej oraz interwencji środowiskowej dla osób objętych programem metadonowym) był realizowany przez NGO przy wsparciu Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego. Natomiast Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego zlecił NGO w ramach zadania konkursowego realizację programu wymiany igieł i strzykawek na terenie miasta Puław.

Niektóre samorządy podejmowały również aktywność w zakresie poprawy jakości życia w sferze psychospołecznej osób zakażonych HIV i chorych na AIDS oraz ich rodzin i bliskich. Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego zlecił NGO prowadzenie grup wsparcia oraz zajęć kulturalno-oświatowych i integracyjnych dla osób żyjących z HIV/AIDS i ich rodzin. Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego udzielił dotacji w ramach otwartego konkursu ofert dla NGO na projekt, którego elementem było zorganizowanie wyjazdu rehabilitacyjno-integracyjnego dla grupy osób seropozytywnych (w trakcie wyjazdu odbyły się zajęcia wykładowo-warsztatowe dla uczestników).

Z analizy zebranych danych wynika, iż większość działań podejmowanych w zakresie profilaktyki HIV/AIDS jest kierowana do ogółu społeczeństwa, a podejmowane aktywności mają charakter, podobnie jak w przypadku innych instytucji, akcyjno-okazjonalny.

Spośród 22 urzędów miast, do których skierowano dwukrotnie wnioski o informację publiczną, otrzymano odpowiedzi w ustawowym terminie 14 dni od 33 podmiotów. Pozostałe 11 odpowiedzi wpłynęło w terminie późniejszym niż 14 dni.

Wśród 22 jednostek samorządu terytorialnego (dalej: JST), biorących udział w badaniach, osiem wskazało na niepodjęcie działań profilaktycznych w obszarze HIV/AIDS. Jedna z instytucji w swojej odpowiedzi określiła, iż:

W 2013 roku (*nazwa urzędu*) powierzył wykonanie zadania w ramach profilaktyki HIV kierowane do ogółu społeczeństwa nauczycielom szkół podstawowych, gimnazjalnych oraz ponadgimnazjalnych, a także organizacjom pozarządowym współpracującym ze szkołami.

Brak jednakże w piśmie informacji na temat zakresu tego powierzenia i zadań, jakie były w jego ramach realizowane.

Urząd Miasta Torunia, w odróżnieniu od większości JST, wymienił wszystkie realizowane ze środków gminy zadania z zakresu problematyki HIV/AIDS, łącznie z liczbą odbiorców poszczególnych działań:

1. Program wsparcia i pomocy osobom zakażonym HIV/chorym na AIDS i ich rodzinom „Razem bezpieczniej” wraz z punktem konsultacyjno-informacyjnym. Realizator: Stowarzyszenie Wolontariuszy „RAZEM” w Toruniu. Odbiorcy: ok. 100

osób – osoby żyjące z HIV/AIDS, ich rodziny i osoby bliskie oraz mieszkańcy Torunia zainteresowani tematyką HIV/AIDS korzystający z wiedzy edukatorów (konsultacje w ramach pełnionych dyżurów); 2. Turnus rehabilitacyjno-wypoczynkowy dla osób niepełnosprawnych. Realizator: Stowarzyszenie Wolontariuszy „RAZEM” w Toruniu. Odbiorcy: 20 osób niepełnosprawnych, żyjących z HIV/AIDS, 3 terapeutów i edukatorów HIV/AIDS; 3. Program edukacyjny pn. „Odpowiedzialna młodość”. Realizator: Stowarzyszenie Wolontariuszy „RAZEM” w Toruniu. Odbiorcy: ok. 120 uczniów i uczennic toruńskich szkół średnich oraz 40 nauczycieli; 4. Program „Jestem wolny od uzależnień” – zajęcia dla dzieci i młodzieży zrzeszonej w ZHP. Realizator: Chorągiew Kujawsko-Pomorska ZHP Hufiec Toruń. Odbiorcy: ok. 150 osób – dzieci i młodzież zrzeszona w ZHP; 5. Koncert z okazji Światowego Dnia AIDS połączony z akcją edukacyjno-informacyjną. Realizator: Stowarzyszenie Wolontariuszy „RAZEM” w Toruniu. Odbiorcy: ok. 500 osób – młodzież, osoby żyjące z HIV (koncert), akcje informacyjne w toruńskich akademikach (ok. 5000 osób), mieszkańcy uczestniczący w happeningu na toruńskiej starówce (ok. 1000 osób), społeczność lokalna – kampania za pośrednictwem lokalnych mediów; 6. Warsztaty psychoedukacyjne dla potencjalnych młodzieżowych liderów promocji zdrowia. Realizator: Towarzystwo Profilaktyki i Przeciwdziałania Uzależnieniom w Toruniu. Odbiorcy: ok. 50 uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych; 7. Pozyskanie przez WZiPS materiałów edukacyjnych m.in. z KC AIDS i dystrybucja (m.in. placówki oświatowo-wychowawcze) w ramach realizacji lokalnej kampanii profilaktycznej pn. „Październik 2013 – Zdrowiu Mówimy TAK Uzależnieniom NIE”. Odbiorcy: Broszury dla młodzieży (2000 sztuk – *HIV/AIDS? O co kaman*, 1000 sztuk – *Druga strona wakacji*), Kolorowanka dla dzieci (200 sztuk – *Zawsze razem*); 8. Debata młodzieżowa nt. „Dylematy młodości – co tak naprawdę się liczy” – z udziałem prof. dr. hab. Zbigniewa Izdebskiego – zrealizowana w ramach lokalnej kampanii „Październik 2013 – Zdrowiu Mówimy TAK Uzależnieniom NIE”. Odbiorcy: 250 uczniów toruńskich szkół ponadgimnazjalnych z opiekunami; 9. Szkolenie pt. „Jak rozmawiać z dziećmi o HIV/AIDS”. Realizator: Doradca metodyczny z Kuj-Pom. CEN, Sekcja Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia PSSE w Toruniu. Odbiorcy: nauczyciele wychowania przedszkolnego zatrudnieni w 9 toruńskich placówkach, 223 dzieci z najstarszych przedszkolnych grup wiekowych; 10. Konferencja naukowo-szkoleniowa nt. HIV/AIDS – współorganizacja z Toruńsko-Włocławskim Oddziałem Polskiego Towarzystwa Higienicznego. Odbiorcy: ok. 200 osób – pracownicy służby zdrowia, pracownicy inspekcji sanitarnej, członkowie PTH, młodzież ostatnich klas wybranych szkół ponadgimnazjalnych, studenci.

Najczęściej podejmowanymi działaniami w obszarze profilaktyki HIV na szczeblu samorządowym były:

- programy promocji zdrowia realizowane w szkołach ponadgimnazjalnych;
- konferencje profilaktyczne dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych oraz dla studentów;
- szkolenia dla nauczycieli, pedagogów i pielęgniarek szkolnych z zakresu profilaktyki HIV;
- kampanie informacyjne skierowane do środowisk medycznych mające na celu upowszechnienie wczesnej diagnostyki HIV;
- konkursy wiedzy na temat HIV/AIDS dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych.

Jednakże całość działań opisanych w odpowiedziach JST można streścić fragmentem jednej z nich:

Zadania obligatoryjne w zakresie realizacji Krajowego Programu [...] prowadzi Krajowe Centrum ds. AIDS w Warszawie jako agenda działająca w imieniu Ministra Zdrowia. Działalność samorządów w tym zakresie jest fakultatywna.

I właśnie ta fakultatywność wybija się tu na pierwszy plan. Samorządy, które podejmują działania z zakresu profilaktyki HIV, przeprowadzają je na mniejszą lub większą skalę. Tam, gdzie nie ma ona w świadomości pracowników JST znaczenia społecznego, skutecznie pomija się ten temat.

3.2. Działania prowadzone przez organizacje pozarządowe

Niezwykle ważnym partnerem Ministerstwa Zdrowia i Krajowego Centrum ds. AIDS w realizacji Programu są organizacje pozarządowe. NGO ukierunkowane na działania w obszarze HIV/AIDS są często realizatorami polityk profilaktycznych w tym zakresie. Organizacje biorące udział w badaniach zostały wyłonione z listy organizacji pozarządowych stworzonej w oparciu o dwa sprawozdania z lat 2013 i 2014 – *Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanego na lata 2012–2016*. Z organizacji tam wskazanych wybrano 10. Kryterium wyboru stanowiła ich duża aktywność (wskazywana w wyżej

wymienionych sprawozdaniach). Pozostałe 20 organizacji zostało wybranych lub wylosowanych (jeżeli w danym województwie było więcej NGO zajmujących się problematyką HIV/AIDS) tak, aby w badaniach wzięły udział organizacje pozarządowe ze wszystkich województw (co najmniej jedna z każdego). Lista organizacji pozarządowych biorących udział w badaniach stanowi załącznik 5 do niniejszej publikacji.

Ostatecznie w badaniach wzięli udział przedstawiciele 27 organizacji pozarządowych. W trzech przypadkach pomimo wielu prób nie udało się nawiązać kontaktu z osobą chętną do udzielenia wywiadu. Wszystkie pytania dotyczyły działań podejmowanych przez NGO w obszarach profilaktyki w latach 2013 i 2014 (dyspozycje do wywiadu pogłębianego z przedstawicielami organizacji pozarządowych zajmujących się problematyką HIV/AIDS stanowią załącznik 6).

W części poświęconej profilaktyce pierwszorzędowej (w odniesieniu do Programu: obszar I, cel ogólny 2) pytano przedstawicieli NGO o: działania profilaktyczne kierowane do ogółu społeczeństwa i kobiet w ciąży; dostępność do anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV oraz zwiększanie i integrację działań mających na celu zapobieganie HIV. Najwięcej organizacji pozarządowych realizuje działania w zakresie profilaktyki skierowanej do ogółu społeczeństwa (23 organizacje) oraz prowadzi PKD (17 organizacji).

Wśród najczęściej realizowanych przez NGO działań kierowanych do ogółu społeczeństwa należy wymienić:

- warsztaty i pogadanki dla różnych grup wiekowych (młodzież gimnazjalna, ponadgimnazjalna, studenci) i zawodowych (sędziowie, policjanci, strażacy, pedagodzy, nauczyciele, lekarze, pielęgniarki, kuratorzy, terapeuci, kosmetyczki);
- happeningi i akcje informacyjne w przestrzeni miejskiej czy też np. w galeriach handlowych, prowadzone okazjonalnie, np. w ramach: Światowego Dnia AIDS – 1 grudnia, Międzynarodowego Dnia Pamięci o Osobach Zmarłych na AIDS – trzecia niedziela maja, walentynek – 14 lutego (np. plakaty na przystankach, billboardy, ulotki w klubach);
- akcje informacyjne w trakcie imprez masowych (np. Woodstock, festyny, koncerty);
- konkursy i olimpiady wiedzy na temat HIV/AIDS;
- akcje promujące anonimowe i bezpłatne testowanie na obecność HIV;

- prowadzenie szkoleń z zakresu problematyki HIV/AIDS oraz innych chorób przenoszonych drogą krwiopochodną i płciową dla pracowników firm;
- szkolenia dla liderów-studentów, którzy później prowadzą akcje profilaktyczne na macierzystych uczelniach wyższych;
- prowadzenie telefonu zaufania;
- konferencje;
- kampanie w mediach lokalnych (radio, prasa, telewizja).

Opinie przedstawicieli NGO biorących udział w wywiadach na temat stopnia realizacji tych działań są negatywne w odniesieniu do poziomu ich finansowania, a szczególnie finansowania profilaktyki pierwszorzędowej skierowanej do ogółu społeczeństwa. Część badanych wprost mówi o tym, iż **„w Polsce profilaktyka HIV/AIDS praktycznie nie istnieje”**. Związane jest to m.in. z tym, iż środki finansowe są dystrybuowane nieadekwatnie do potrzeb. Przyczynę takiego stanu rzeczy NGO upatrują w braku społecznej świadomości, że osoby HIV+ to nie tylko np. osoby uzależnione. Działania profilaktyczne kierowane do ogółu społeczeństwa – choć wymagające zarówno zaplecza finansowego, jak i merytorycznego – są niezwykle istotne. Biorąc pod uwagę fakt, że w Polsce w prawie połowie wszystkich nowo zarejestrowanych przypadków zakażenia HIV (47%) w ostatnich latach nie podano prawdopodobnej drogi zakażenia, to właśnie „ogół społeczeństwa” stanowi grupę, do której powinny być kierowane działania profilaktyczne. Według danych z roku 2014 w 708 przypadkach na 1085 nowo zarejestrowanych zakażeń HIV (65%) brakuje informacji na temat prawdopodobnej drogi zakażenia⁸. Jest to sytuacja alarmująca wskazująca jednocześnie na konieczność intensyfikacji działań profilaktycznych skierowanych do ogółu społeczeństwa już podejmowanych w naszym kraju przez NGO.

Potrzeby w tym zakresie respondenci odnoszą do:

- zwiększenia środków finansowych, dzięki którym możliwa będzie realizacja większej liczby szkoleń dla młodzieży, ze względu na duże

⁸ M. ROSIŃSKA, M. NIEDŹWIEDZKA-STADNIK, M. PIELACHA: *Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2015 roku*. Zakład Epidemiologii, Państwowy Zakład Higieny, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm [dostęp: 23.05.2016].

zapotrzebowanie wśród tej grupy docelowej (obecnie działania te często realizowane są „przy okazji” tematów związanych z profilaktyką uzależnień czy zapobiegania przemocy);

- przygotowania i dystrybucji zaktualizowanych materiałów profilaktycznych;
- przygotowania i dystrybucji materiałów promujących anonimowe i bezpłatne testowanie na obecność HIV (np. gadżety; materiały zachęcające, a nie bazujące na lęku, „straszące” odbiorców);
- przygotowania i dystrybucji materiałów profilaktyczno-edukacyjnych (np. prezerwatywy, filmy);
- zwiększenia środków finansowych, dzięki którym możliwa będzie realizacja większej liczby działań poprzez wzmocnienie bazy lokalowej, sprzętowej, kadrowej NGO;
- przygotowania działań uwzględniających specyfikę regionalną (np. dużą liczbę osób zatrudnianych na kontrakty czasowe, dużą liczbę migrantów, dużą liczbę wykrytych zakażeń).

Jak można zauważyć, wszyscy przedstawiciele NGO nie tylko sygnalizują braki w finansowaniu działań profilaktycznych, lecz także przedstawiają konkretne pomysły na realizację tego typu działań wynikające z własnych doświadczeń.

Kolejnym elementem wskazywanym przez organizacje pozarządowe jako przestrzeń do zmiany jest współpraca z samorządem. O ile ocena współpracy z Krajowym Centrum ds. AIDS jest dobra, o tyle odmiennie rysuje się sytuacja w kwestii realizacji działań w partnerstwie z JST. Z jednej strony NGO mówią o braku wpływu na politykę samorządów w obszarze problematyki HIV, z drugiej strony akcentują brak współpracy w zakresie działań edukacyjnych z wydziałami odpowiedzialnymi za oświatę czy opiekę społeczną. Sytuacja ta ogranicza efektywność podejmowanych przez NGO działań. Tymczasem to właśnie na poziomie lokalnym powinna odbywać się debata oraz aktywność zmierzające do zwiększania i integracji działań mających na celu zapobieganie HIV. Jednym z pozytywnych przykładów takiej współpracy jest Wrocław, w którym, jak informują organizacje pozarządowe, mogą one liczyć na wsparcie finansowe swoich działań.

Realizacja profilaktyki w PKD jest oceniana przez respondentów pozytywnie zarówno pod względem dostępności, jak i środków finansowych przeznaczanych na działanie punktów. W nielicznych przypadkach

(3 NGO) pojawiają się postulaty dotyczące sfinansowania dodatkowego dnia pracy PKD czy też zwiększenia liczby godzin pracy.

Przedstawiciele organizacji pozarządowych wskazują również na potrzebę wprowadzenia zmian systemowych, takich jak:

- zapewnienie ciągłości finansowania PKD, np. kilkuletnie finansowanie, bez półrocznych przerw;
- stała dotacja na badania STI/STD (obecnie dominują działania akcyjne);
- realizacja w mediach polityki informacyjnej w zakresie testowania, kierowanej do ogółu społeczeństwa (aktualnie temat ten jest mało nagłaśniany w mediach, jedynie w okolicach 1 grudnia można dotrzeć z informacją o testowaniu do masowego odbiorcy; bardzo rzadko testuje się grupę osób heteroseksualnych);
- powiązanie badań w kierunku HIV z diagnostyką HBV/HCV (zintegrowanie działań);
- rozszerzenie działań PKD na terenie województwa (np. organizowanie testowania dodatkowo w innych miastach);
- wprowadzenie w PKD szybkich testów, aby skrócić oczekiwanie na wynik;
- udostępnienie statystyk z PKD.

Kolejnym elementem profilaktyki pierwszorzędowej są działania kierowane do kobiet w ciąży. Aktywność w tym zakresie potwierdza nieliczna grupa NGO (4 organizacje), z czego jedynie dwie organizacje mówią o edukacji prowadzonej w szkołach rodzenia (działania bezpośrednie). Pozostałe organizacje opisują działania skierowane do lekarzy pierwszego kontaktu czy też druk ulotek, kalendarzy i ich dystrybucję w gabinetach ginekologicznych – zarówno prywatnych, jak i publicznych (działania pośrednie). Wyniki wskazują na marginalizowanie tematu profilaktyki kierowanej do tej grupy odbiorców. Może to być związane z niskim odsetkiem zakażeń wertykalnych (matka – dziecko) na tle wszystkich innych dróg transmisji wirusa w Polsce (0,6%). Jednak biorąc pod uwagę dane wskazujące, iż w przypadku wykonania np. testu w kierunku zakażenia HIV przez kobietę w ciąży (do 10 tygodnia ciąży oraz pomiędzy 33 a 37 tygodniem) i wdrożenia leczenia, przy wyniku dodatnim zagrożenie zakażeniem wertykalnym jest bliskie zeru, warto podejmować działania w celu minimalizowania tej drogi przenoszenia

wirusa. W Polsce jedynie 30–33% kobiet w ciąży wykonuje badania w kierunku HIV⁹, co ma bezpośredni związek z liczbą zakażeń wertykalnych. Warto więc wprowadzać i realizować programy oraz działania profilaktyczne skierowane bezpośrednio do kobiet w ciąży, nie pomijając oczywiście profilaktyki pierwotnej (*primary prevention*) kierowanej do potencjalnych matek.

Ważnym elementem Programu są działania na rzecz dostępu do informacji, edukacji i usług w zakresie profilaktyki HIV/AIDS dla osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych. W ramach prowadzonych wywiadów pogłębionych podjęto tę kwestię w odniesieniu do obszaru II, celu ogólnego 3 Programu, czyli: działań profilaktycznych kierowanych do osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych oraz realizacji zadań z zakresu redukcji szkód zdrowotnych w obszarze problematyki HIV/AIDS. Wśród NGO biorących udział w badaniach 16 deklaruje podejmowanie działań kierowanych do osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych, a dwie realizują zadania w ramach redukcji szkód (program metadonowy; wymiana igieł i strzykawek).

Do działań realizowanych przez organizacje pozarządowe w grupach o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych należą:

- *streetworking* skierowany do osób świadczących usługi seksualne;
- działania w klubach nocnych;
- warsztaty, poradnictwo, spotkania ze specjalistami, wykłady dla osób uzależnionych i ich bliskich;
- organizacja kampanii społecznej promującej stosowanie prezerwatywy w grupie LGBTQ;
- warsztaty i grupy wsparcia dla osadzonych eksperymentujących ze środkami psychoaktywnymi (zakłady karne);
- grupy wsparcia dla uczestników programu metadonowego;
- szkolenia w ośrodkach resocjalizacji dla młodzieży oraz w ośrodkach wsparcia dziennego;
- *partyworking* (działania w klubach LGBTQ, restauracje, sauny);
- zajęcia w ośrodkach terapii uzależnień i hostelach dla uzależnionych.

⁹ Według analizy własnej prof. dr hab. med. Magdaleny Marczyńskiej – *HIV a ciąża i dziecko*. Ministerstwo Zdrowia, <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/hiv-i-aids/hiv-a-ciaza-i-dziecko/> [dostęp: 12.02.2016].

Kwestią, która zwraca szczególną uwagę w tym obszarze aktywności organizacji, jest sposób finansowania działań. W zdecydowanej większości przypadków są to aktywności wynikające z wiedzy NGO na temat realnych potrzeb grup i do nich dostosowane, zarówno pod względem formy, jak i miejsca realizacji. Jednak pociąga to za sobą często problemy z pozyskaniem zinstytucjonalizowanego finansowania tych interwencji. Przedstawiciele NGO poproszeni o szacunkowe określenie wkładu pozafinansowego w tych działaniach (wolontariat, praca społeczna członków) określali go na poziomie od 10% do nawet 100%. Daje to obraz organizacji, które znając skalę problemu oraz mając umiejętność podejmowania profesjonalnych działań, realizują je nawet przy minimalnym wsparciu z zewnątrz. Warto jednak pamiętać, iż profesjonalne działanie w zakresie profilaktyki wymaga zaplanowania, ewaluacji oraz stałego usprawniania, co bez wsparcia finansowego nie jest możliwe. Docenienie zalet m.in. outreachworkingu w długofalowej polityce profilaktycznej jest elementem koniecznym, tym bardziej iż – jak wynika z przeprowadzonych badań – istnieją NGO, które w efektywny sposób podejmują te działania.

Ostatnim zagadnieniem poruszonym w wywiadach były działania skierowane bezpośrednio do osób żyjących z HIV/AIDS. Spośród 27 NGO biorących udział w badaniach 13 deklaruje podejmowanie aktywności w tym obszarze. Są to działania, które obejmują nie tylko same osoby żyjące z HIV/AIDS, ale również często członków i członkinie ich rodzin (np. w przypadku par +/-). Respondenci wymieniali:

- prowadzenie punktów konsultacyjno-informacyjnych;
- wolontariat w szpitalu;
- prowadzenie grup wsparcia;
- spotkania, warsztaty dla osób żyjących z HIV;
- turnusy rehabilitacyjne dla osób seropozytywnych;
- prowadzenie domu socjalnego dla osób żyjących z HIV/AIDS;
- pomoc prawną i psychologiczną w uregulowaniu kontaktów z rodziną;
- pomoc ze strony pracownika socjalnego;
- pomoc psychiatryczną;
- pomoc psychologiczną;
- pomoc dietetyka oraz fizjoterapeuty;
- poradnictwo internetowe i telefoniczne;
- pomoc terapeutyczną, w tym w zakresie terapii uzależnień.

Podobnie jak miało to miejsce w przypadku działań adresowanych do osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych, również w omawianych aktywnościach przedstawiciele NGO wskazują na niski poziom finansowania oraz duży udział wolontariuszy/wolontariatu. Biorąc pod uwagę znaczenie profilaktyki w ogólnym procesie przeciwdziałania wzrostowi zakażeń HIV, fakt ten budzi uzasadniony niepokój.

Podsumowując tę część analiz, warto odnieść się do wskazanych przez respondentów dobrych praktyk w zakresie profilaktyki oraz pomysłów na usprawnienie tych działań. Warte kontynuowania oraz upowszechniania są:

- konkursy i olimpiady wiedzy dla młodzieży, spoty reklamowe oraz scenariusze sztuk teatralnych;
- bezpośrednia praca z klientem, praca w poradniach;
- wyjazdowe seminaria połączone z edukacją;
- zwiększanie elastyczności działań w ramach edukacji bezpośredniej, np. spotkania nieformalne, indywidualne konsultacje „na mieście”, akcje uliczne, wykorzystywanie imprez kulturalnych i okolicznościowych do działań profilaktycznych, spotkania „przy kawie” i rozmowy profilaktyczne;
- rozwój wolontariatu;
- większa współpraca ze szpitalami, placówkami edukacyjnymi;
- budowanie w szkołach ponadgimnazjalnych sieci szkolnych koordynatorów zdrowia w obszarze HIV/AIDS (edukacja rówieśnicza);
- prowadzenie testowania w grupach docelowych, w miejscach ich przebywania;
- rozdawnictwo prezerwatyw i lubrykantów na szeroką skalę;
- profilaktyka pozytywna poprzez przekazywanie rzetelnej i kompleksowej wiedzy odnośnie do seksu i narkotyków oraz omawianie ewentualnych konsekwencji;
- zajęcia prowadzone przez wyszkoloną kadrę ekspercką;
- wczesna profilaktyka uzupełniona o działania w szkołach na poziomie gimnazjum, szkół ponadgimnazjalnych i uczelni wyższych (warsztaty, spotkania);
- działania w obszarze redukcji szkód;
- prowadzenie mobilnych PKD;
- wsparcie dla nauczycieli jako podwalina działań profilaktycznych (spotkania, pomoc w konkretnych działaniach).

3.3. Działania profilaktyczne w opinii lekarzy

Grupą o niebagatelnym znaczeniu dla podjętej w badaniach problematyki są również lekarze chorób zakaźnych pracujący w szpitalach na oddziałach zakaźnych i w poradniach niedoborów odporności. Ich opinie na temat działań profilaktycznych podejmowanych w latach 2013 i 2014 w ramach Programu dotyczą przede wszystkim wsparcia pozamedycznego dla osób żyjących z HIV/AIDS oraz współpracy w tym zakresie z innymi podmiotami (dyspozycje do wywiadu pogłębionego z lekarzami chorób zakaźnych pracującymi w szpitalach na oddziałach zakaźnych i w poradniach niedoborów odporności stanowią załącznik 4).

W wywiadach pogłębionych wzięło udział 15 lekarzy pracujących w placówkach usytuowanych w różnych częściach Polski, których staż pracy w kontakcie z pacjentem HIV+ wynosił od 2 do 25 lat.

Wśród działań pozamedycznych podejmowanych w szpitalach i poradniach (również we współpracy z NGO) lekarze wymieniali najczęściej:

- wsparcie psychologiczne dla osób zakażonych realizowane również przez współpracujące z placówkami organizacje pozarządowe oraz w poradni on-line (14 wskazań);
- pomoc pracownika socjalnego, pomoc informacyjna oraz praktyczna w załatwianiu podstawowych spraw bytowych, np. wyrabianie dokumentów, niezbędnych zaświadczeń i pomoc w uzyskaniu świadczeń: renty, zasiłku, ubezpieczenia (8 wskazań);
- porady dietetyka, porady specjalistyczne, ale też sam fakt odbycia rozmowy z życzliwą osobą będący w opinii lekarzy wartością samą w sobie (2 wskazania);
- pomoc prawna (2 wskazania);
- organizacja kolonii (2 wskazania);
- rozdawnictwo prezerwatyw i lubrykantów (2 wskazania);
- wsparcie terapeutyczne – doraźna pomoc w problemach emocjonalnych pacjentów;
- rekrutacja do corocznego spotkania osób HIV+;
- organizacja wczasów dla osób zakażonych;
- opieka nad dziećmi realizowana przez przedstawicieli organizacji pozarządowych;
- pozamedyczne wsparcie ze strony lekarzy i pielęgniarek – edukacja, informacja;

- materiały edukacyjne przekazywane przez organizacje pozarządowe (ulotki, plakaty);
- dyżury wsparciowe wolontariuszy zakażonych HIV dla osób świeżo zdiagnozowanych;
- wsparcie fizjoterapeuty.

W części placówek, w których nie ma zapewnionej oferty wsparcia ze strony pracownika socjalnego, lekarze sami zajmują się kwestiami socjalnymi, co zdecydowanie wykracza poza zakres ich obowiązków:

Pracownik socjalny w zasadzie nie istnieje, odpowiada pielęgniarka oddziałowa, sami załatwiamy sprawy socjalne pacjentów, m.in. placówki dla bezdomnych.

W innej placówce respondent wskazuje na brak wsparcia psychologicznego w poradni:

[...] jest tylko na oddziale, nie ma go w przychodni, NFZ nie finansuje psychologa w przychodni, a psycholog w przychodni jest konieczny.

Wszystkie wymienione przez lekarzy formy działań są przez nich wysoko oceniane pod względem przydatności dla pacjentów. Najniżej oceniane są materiały informacyjne. Lekarze podkreślali w wywiadach wartość indywidualnego kontaktu i wsparcia społecznego, które to czynniki mają duży wpływ na proces leczenia. Stąd wielokrotne akcentowanie znaczenia pracy psychologów:

Bez psychologa byłoby bardzo ciężko, większość pacjentów ma problemy w związku z faktem zakażenia. Psycholog diagnozuje również zaburzenia neuropoznawcze i ocenia, czy pacjent sobie poradzi z codziennymi czynnościami. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów z HIV-encefalopatią (uszkodzenie układu nerwowego przez wirusa). Po leczeniu ARV często zdarza się poprawa pod względem neuropoznawczym, o czym wiemy dzięki diagnozom psychologicznym.

Dużo bardziej krytycznie lekarze wypowiadali się na temat dostępności oferty pozamedycznej dla osób żyjących z HIV/AIDS, wskazując na niski poziom finansowania tych działań oraz stałe ograniczanie środków (np. finansowanie pracy psychologa na oddziale, a w przychodni już nie):

Taka oferta praktycznie nie istnieje.

Respondenci mówili również o tym, iż większość działań pozamedycznych podejmowanych we współpracy z placówkami realizowana jest przez NGO. Wszystko to składa się na ogólną ocenę, iż dostępność tej oferty jest nadal bardzo niewielka.

W odpowiedzi na pytanie dotyczące optymalizacji współpracy pomiędzy lekarzami i organizacjami oferującymi pozamedyczne wsparcie dla osób żyjących z HIV/AIDS jeden z respondentów wskazał na szerszy kontekst tego procesu. Współpraca na styku lekarz – NGO może się rozpocząć z inicjatywy lekarza. Wymaga to jednak dostrzeżenia pozamedycznych problemów pacjenta:

Lekarz powinien też przede wszystkim dostrzec problem pacjenta i potraktować go jako część swojego problemu, co nagminnie nie jest robione. Jak lekarz nie widzi problemu, to nie szuka rozwiązania.

Zważywszy na fakt, iż większość lekarzy, którzy zgodzili się na udział w badaniach, to osoby na stałe współpracujące z NGO i/lub będące ich członkami/członkiniami, element związany z dostrzeganiem problemów (np. niski poziom finansowania działań pozamedycznych) pojawił się w wywiadach. Jednakże zostały również przedstawione propozycje rozwiązań:

Organizacje pozarządowe powinny mieć ułatwiony, większy i stały dostęp do ZOZ. Lekarze musieliby się najpierw otworzyć na NGO, które w dalszym ciągu budzą nieufność (lekarz nie wie, kto stoi za daną inicjatywą). Należałoby w jakiś sposób „przedstawić” organizacje pozarządowe pracownikom służby zdrowia. Może rozwiązaniem byłby system rekomendacji: Ministerstwo Zdrowia rekomenduje współpracę z daną organizacją [...].

Czasem wsparcie ze strony organizacji jest niewystarczające ze względu na braki kadrowe. Przydałoby się rekrutować więcej wolontariuszy, którzy chociaż w małym stopniu, ale za to regularnie, mogliby się angażować w pomoc pacjentom. Czasem wystarczyłaby sama ich obecność, rozmowa, wsparcie z ich strony, ale też po prostu opieka nad niektórymi pacjentami. To na pewno pozytywnie wpłynęłoby na podwyższenie adherencji.

Znaleźć osoby łącznikowe, kogoś, kto by się zajmował sprawami pacjentów, np. pracownik socjalny, który rozumiałby tę chorobę.

Zapewnić opiekę nad pacjentem między wyjściem z poradni a jego pojawieniem się na oddziale referencyjnym, zadbać o lepsze wsparcie psychologiczne pacjenta.

Psychologowie na oddziałach i w poradniach, wsparcie psychologiczne w ciągłym zakresie (nie tylko akcyjne).

Większe dofinansowanie instytucji umożliwiłoby rozszerzenie oferty.

Ważnymi z punktu widzenia prowadzonych badań były również potrzeby samego środowiska medycznego w zakresie realizacji zadań dotyczących profilaktyki HIV. Lekarze wskazywali przede wszystkim na konieczność prowadzenia cyklicznie działań edukacyjnych oraz upowszechniania wiedzy na temat HIV/AIDS. Wymieniono kilka grup, do których winny być kierowane szkolenia:

- pielęgniarki, salowe (np. co zrobić w przypadku zakłucia, gdzie się zgłosić);
- lekarze rodzinni (np. kiedy kierować na test w kierunku HIV; jak rozmawiać z pacjentem o sferze seksualnej);
- lekarze chorób zakaźnych i dermatolodzy (wprowadzenie edukacji w zakresie STI – jak rozpoznawać, jak leczyć);
- lekarze ginekolodzy (edukacja w zakresie testowania kobiet w ciąży, zalecanie testów);
- lekarze transplantolodzy („Pacjenci są kwalifikowani, ale już kilka lat nic się nie dzieje”).

Jednak większość respondentów mówiła o konieczności działań kierowanych do wszystkich osób pracujących w systemie opieki medycznej, na wszystkich szczeblach. I choć **„niektóre specjalizacje omijają HIV szerokim łukiem, każda specjalizacja powinna mieć komponent HIV-owy”**. Edukacja lekarzy każdej specjalizacji daje możliwość nie tylko prowadzenia działań w zakresie wczesnego wykrywania i wdrażania leczenia, lecz także wpływa na bardziej świadome i intencjonalne zaangażowanie personelu medycznego w procesy profilaktyczne. Pojawił się także postulat kształtowania umiejętności „promocji” testowania wśród lekarzy.

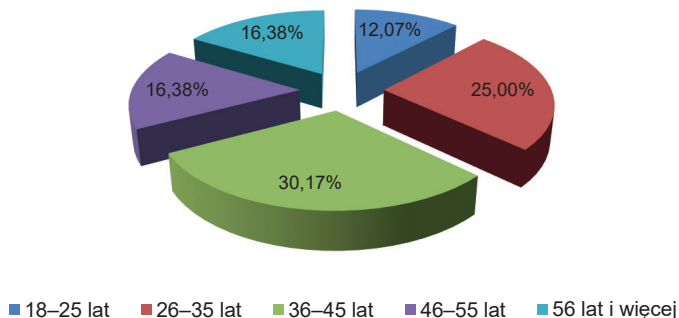
Jak wynika z przeprowadzonych analiz, lekarze chorób zakaźnych pracujący w szpitalach na oddziałach zakaźnych i w poradniach niedoborów odporności widzą potrzebę wprowadzania zmian w ramach realizowanych polityk profilaktycznych. Dostrzegają tę potrzebę również w odniesieniu do swojej grupy zawodowej. Przedstawione propozycje wynikają z ich doświadczenia i wiedzy.

3.4. Działania profilaktyczne w opinii osób żyjących z HIV/AIDS

W ramach prowadzonych badań zgodnie z zasadą empowermentu niezwykle ważna była ocena przeciwdziałania zakażeniom HIV/AIDS oraz działań na rzecz osób żyjących z HIV/AIDS w latach 2013 i 2014 w odniesieniu do Programu dokonana przez osoby, które korzystają z tej oferty w sposób bezpośredni. Osoby żyjące z HIV/AIDS zostały zaproszone (m.in. z wykorzystaniem plakatów umieszczanych w poradniach niedoborów odporności – wzór plakatu stanowi załącznik 3) do wzięcia udziału w ankiecie. Można ją było wypełnić w wersji papierowej lub też za pośrednictwem strony internetowej: <http://www.badanienaplus.pl/> (kwestionariusz ankiety dla osób żyjących z HIV/AIDS stanowi załącznik 2).

Kwestionariusz ankiety wypełniło ostatecznie 116 osób. Były to osoby w przedziale wiekowym od 18 do 56 lat i więcej. Największą grupę respondentów stanowiły osoby w wieku od 36 do 45 lat (35 osób).

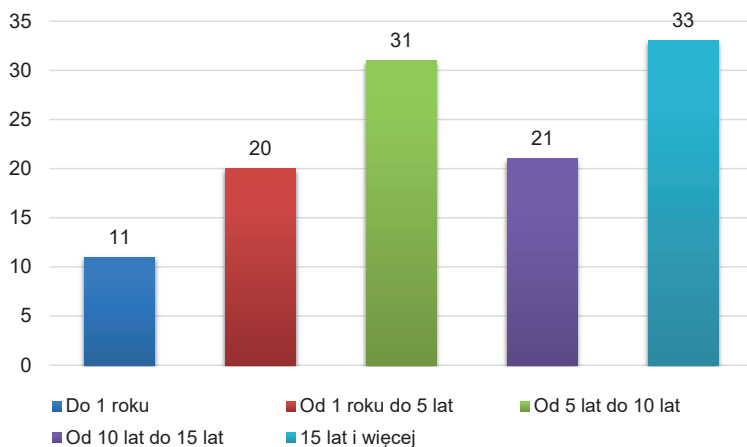
Wykres 2. Wiek osób biorących udział w badaniach (N = 116)



Źródło: badania własne.

Większość ankietowanych to mieszkańcy dużych miast (61%), którzy mają wykształcenie wyższe (39%) i średnie (37%). Ważną kwestią z punktu widzenia oceny działań profilaktycznych była długość życia z HIV. Osoby długo żyjące z HIV spotykały się z wieloma reakcjami i sytuacjami, a przez to ich opinie mają duży walor porównawczy. Największą grupę stanowiły osoby żyjące z HIV 15 i więcej lat (28%; wśród nich 7 osób żyje z HIV od urodzenia) oraz osoby żyjące z HIV od 5 do 10 lat (27%). Najmniej liczną grupę stanowili respondenci żyjący z HIV do roku (9%). Opinie tych osób były częściowo pomijane w analizach, gdyż gros pytań dotyczyło działań podejmowanych w ramach Programu w latach 2013 i 2014, czyli przed zdiagnozowaniem obecności HIV u tej grupy. W przypadku ocen ogólnych, nieobejmujących wskazanego czasu, odpowiedzi ankietowanych były uwzględniane.

Wykres 3. Liczba osób ankietowanych w podziale na długość życia z HIV w latach (N = 116)

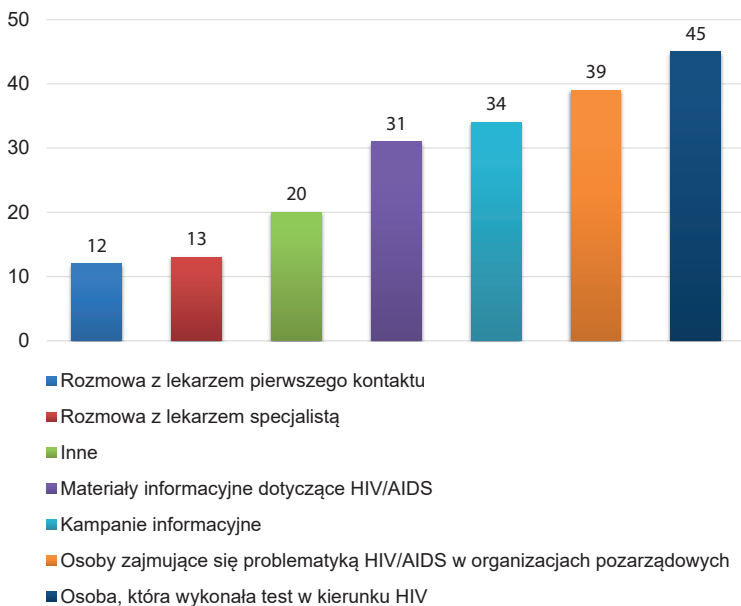


Źródło: badania własne.

Wielokrotnie podnoszonym w niniejszej publikacji tematem związanym z profilaktyką HIV jest testowanie w kierunku HIV. Wiele działań podejmowanych w ramach Programu jest ukierunkowanych na dostarczanie informacji w tym zakresie. Wśród najczęściej wymienianych przez

badanych źródeł informacji na temat możliwości wykonania testu są osoby, które już wcześniej wykonały test (45 wskazań), i osoby, które zajmują się problematyką HIV/AIDS w organizacjach pozarządowych (39 wskazań). Pełne dane zawiera wykres 4.

Wykres 4. Źródła informacji o możliwości wykonania testu w kierunku HIV (N = 116)



Źródło: badania własne. Dane umieszczone na wykresie obrazują liczbę wskazań, ankietowani mogli zaznaczyć kilka odpowiedzi.

Dodatkowo ankietowani wymieniali (w kategorii *Inne*) informacje uzyskane w internecie, w szkole lub na uczelni wyższej oraz podczas pobytu w szpitalu. Nieliczna grupa wskazywała jako źródło informacji lekarzy (pierwszego kontaktu i specjalistów). Wśród wspomnianych lekarzy specjalistów dominowali lekarze chorób zakaźnych, psychiatrzy, hematolodzy. Raz został wskazany ginekolog, co również potwierdza wcześniejsze opinie o niedocenianiu i pomijaniu problematyki HIV/AIDS w tej grupie lekarzy. Sytuacja ta może być związana z przytoczonymi

wcześniej spostrzeżeniami samych lekarzy – mianowicie przyczynę niepojęcia tematu testowania przez tę grupę zawodową stanowi często niski poziom wiedzy oraz kompetencji w zakresie HIV/AIDS.

W badanym okresie (lata 2013 i 2014) test w kierunku HIV wykonało 47 osób, z czego 28 osób zrobiło test w PKD. W większości przypadków test był bezpłatny (41 testów) i przeprowadzony anonimowo (35 testów), w pozostałych 12 sytuacjach badani byli proszeni o podanie danych. Jeden z respondentów tak opisuje to zdarzenie:

Badanie wykonane odpłatnie w punkcie jednej z sieci laboratoriów analitycznych. Standardowo realizowane na podstawie danych osobowych klienta (lub karty stałego klienta). Istnieje możliwość wykonania testu w sposób anonimowy, jednakże mało kto o tym wie, także wśród personelu, dlatego zwykle badanie wykonywane jest standardowo, tak jak wszystkie inne. Nie informuje się pacjenta o możliwości wykonania go w sposób anonimowy, tylko świadomy tego i asertywny pacjent jest w stanie zamówić go w ten sposób.

Przeprowadzenie działań informacyjnych na szeroką skalę dotyczących kwestii anonimowości testowania w kierunku HIV mogłoby zdecydowanie poprawić sytuację w tym zakresie.

Sama dostępność bezpłatnych testów w kierunku HIV została przez respondentów oceniona wysoko. Większość z nich wskazywała na szeroką dostępność testów (osoby zainteresowane wykonaniem takiego testu przeważnie miały taką możliwość) oraz na to, że każdy mógł zrobić to bezpłatnie. Biorąc pod uwagę, iż 40% ankietowanych wykonało test poza PKD, warto prowadzić działania mające na celu upowszechnienie wiedzy o PKD, ich lokalizacji, godzinach pracy, zakresie działań, bezpłatnym i anonimowym testowaniu. Może mieć to przełożenie na wzrost zainteresowania wykonaniem testu w kierunku HIV w całej populacji.

Działania podejmowane w ramach Programu są również kierowane do osób żyjących z HIV/AIDS. Respondenci mieli możliwość wskazania, które z tych aktywności są im znane oraz z których chcieliby skorzystać.

Tabela 7. Oferta skierowana do osób żyjących z HIV/AIDS w percepcji respondentów

Oferta	Znam	Chcę skorzystać
Grupy wsparcia (spotkania z innymi osobami żyjącymi z HIV)	83%	60%
Pomoc psychologiczna dla osób żyjących z HIV (np. terapia indywidualna)	81%	74%
Szkolenia, w czasie których można zdobyć informacje dotyczące problematyki HIV/AIDS	66%	80%
Turnusy rehabilitacyjno-edukacyjne dla osób żyjących z HIV i ich bliskich	60%	80%
Ogólnopolskie spotkania osób żyjących z HIV	73%	76%
Obozy integracyjno-rehabilitacyjne dla osób żyjących z HIV	51%	76%
Porady prawnika dla osób żyjących z HIV	60%	82%
Wsparcie socjalne dla osób żyjących z HIV	52%	67%
Porady lekarskie poza miejscem leczenia dla osób żyjących z HIV	54%	90%
Terapia grupowa dla osób żyjących z HIV	53%	59%
Strony internetowe z informacjami kierowanymi do osób żyjących z HIV	87%	85%

Źródło: badania własne.

Osoby uczestniczące w badaniach w większości przypadków znają ofertę, która jest do nich kierowana. Najczęściej przywoływane są strony internetowe dotyczące problematyki HIV/AIDS (87%), grupy wsparcia (83%) oraz pomoc psychologiczna (81%). Najmniej znanymi formami działań są obozy integracyjno-edukacyjne (49%), wsparcie socjalne (48%), terapia grupowa (47%) oraz porady lekarskie poza miejscem leczenia (46%). Co istotne, respondenci deklarują chęć uczestniczenia w wymienionych formach wsparcia. Żadna z ofert nie jest pomijana, uzyskując wskaźnik od 59% do 90% zainteresowanych. Najczęściej ankietowani wybierali porady lekarskie poza miejscem leczenia (90%), strony internetowe z informacjami kierowanymi do osób żyjących z HIV/AIDS (85%), porady prawnika

(82%) oraz szkolenia (80%) i turnusy rehabilitacyjno-edukacyjne (80%). Świadczy to z jednej strony o zapotrzebowaniu grupy docelowej na taką ofertę, z drugiej – o konieczności kontynuowania działań w tym zakresie.

Ważną kwestią jest również ocena jakości usług adresowanych do osób żyjących z HIV/AIDS. Respondenci mogli dokonać tej oceny w odniesieniu do działań, w których brali udział w latach 2013 i 2014.

Tabela 8. Ocena zaspokojenia potrzeb w ramach ofert skierowanych do osób żyjących z HIV/AIDS

Oferta	Liczba osób korzystających z oferty	Średnia ocen
Grupy wsparcia (spotkania z innymi osobami żyjącymi z HIV)	39	4,2
Pomoc psychologiczna dla osób żyjących z HIV (np. terapia indywidualna)	27	4,1
Szkolenia, w czasie których można zdobyć informacje dotyczące problematyki HIV/AIDS	32	4,6
Turnusy rehabilitacyjno-edukacyjne dla osób żyjących z HIV i ich bliskich	25	4,3
Ogólnopolskie spotkania osób żyjących z HIV	47	4,6
Obozy integracyjno-rehabilitacyjne dla osób żyjących z HIV	18	4,2
Porady prawnika dla osób żyjących z HIV	12	3,9
Wsparcie socjalne dla osób żyjących z HIV	16	3,2
Porady lekarskie poza miejscem leczenia dla osób żyjących z HIV	14	3,7
Terapia grupowa dla osób żyjących z HIV	16	4,1
Strony internetowe z informacjami kierowanymi do osób żyjących z HIV	42	3,6

Źródło: badania własne.

Ocena dokonywana była w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało, że dana oferta odpowiedziała na potrzeby uczestników w stopniu minimalnym, a 5 – że w maksymalnym. Analiza odpowiedzi pokazuje, iż wszystkie działania kierowane do osób żyjących z HIV/AIDS są realizowane w sposób satysfakcjonujący ankietowanych – wszystkie aktywności oceniono powyżej średniej. Niektóre z nich w opinii uczestników są realizowane w sposób adekwatny do potrzeb w większym stopniu: szkolenia (średnia ocen 4,6) i ogólnopolskie spotkania (średnia ocen 4,6), inne w mniejszym: porady prawnika (średnia ocen 3,9), porady lekarskie poza miejscem leczenia (średnia ocen 3,7), strony internetowe z informacjami kierowanymi do grupy docelowej (średnia ocen 3,6) i wsparcie socjalne (średnia ocen 3,2).

Osoby wysoko oceniające udział w szkoleniach, w czasie których można zdobyć informacje dotyczące problematyki HIV/AIDS, podkreślały: profesjonalizm i wysokie kwalifikacje osób prowadzących; przystępność formy i możliwość zadawania pytań oraz odnoszenie się osób prowadzących do najnowszych danych i informacji. W przypadku ogólnopolskich spotkań na plus oceniano: dobrą organizację; możliwość nawiązania nowych kontaktów; zdobywanie nowej, aktualnej wiedzy oraz życzliwą i pełną akceptacji atmosferę. Jedna z respondentek tak określiła uczestnictwo z spotkaniu: „fajny czas dla mnie, naładowałam akumulatory”. W wypowiedziach pozytywnych wielokrotnie podkreślano znaczenie aktualnej i rzetelnej wiedzy na temat HIV/AIDS dla procesu leczenia.

Niskie oceny ofert były argumentowane: małą ich dostępnością – ankietowani mówili o długim czasie oczekiwania, ograniczeniach w możliwościach dotarcia do form wsparcia (porady prawne, wsparcie socjalne) – czy też niskim poziomem empatii wśród lekarzy. Najwięcej komentarzy pojawiło się przy ocenie stron internetowych poświęconych problematyce HIV/AIDS. Większość niskich ocen podyktowana była nieaktualnością zamieszczonych tam treści, zbyt rzadkim ich aktualizowaniem lub wręcz zupełnym brakiem takiej aktualizacji. Ankietowani komentowali:

Bardzo mało informacji dla osób żyjących z HIV.

Brak informacji dotyczących np. diety.

Często brak rzetelnych i szczegółowych informacji.

Jest dużo stron internetowych zawierających informacje o HIV/AIDS na poziomie podstawowym. Brakuje jednak stron ze specjalistyczną wiedzą dla bardziej dociekliwych, posiadających już podstawową wiedzę na temat HIV/AIDS.

Na niektórych stronach materiały są nieaktualizowane i mało można się z nich dowiedzieć.

Na tych stronach, z którymi się zetknęłam, informacje są z reguły przestarzałe. Widać, że social media takich stron leżą, jak również nie ma żadnych nowych ciekawych artykułów dotyczących tematyki HIV. Być może wynika to z zatrudniania niewłaściwych osób bądź braku środków na prawdziwych dziennikarzy, którzy zajęliby się profesjonalnie tematyką.

Nierzetelne dane.

Polskie strony internetowe bardzo ogólnie traktują o HIV. Większa jest liczba publikacji na stronach zagranicznych, na polskich szczególnie brakuje informacji na temat nowych badań, ich wyników oraz dostępności nowych leków.

Słaba częstotliwość aktualizacji, niewiele informacji, mała przystępność.

Jak widać, respondenci podejmują próby znalezienia informacji w przestrzeni internetu, jednak poziom merytoryczny informacji odbiega od ich oczekiwań. Problematyka HIV/AIDS wymaga stałego uaktualniania wiedzy i poszukiwania nowych informacji. Wymaga to oczywiście pracy ze strony administratorów i redaktorów stron www. Bez tego jednakże profesjonalne prowadzenie serwisu nie jest możliwe.

Jest to tym bardziej istotne, iż badania wskazują właśnie na internet (76 wskazań) jako najczęściej wybierane przez respondentów źródło informacji na temat HIV/AIDS w latach 2013 i 2014. Trend ten będzie się utrzymywał w związku ze stałym wzrostem udziału mediów elektronicznych w codziennym życiu jednostki. Warto więc szczególnie zadbać o profesjonalne przygotowanie treści umieszczanych na stronach www.

Tabela 9. Wybierane przez badanych źródła informacji na temat HIV/AIDS i ich ocena

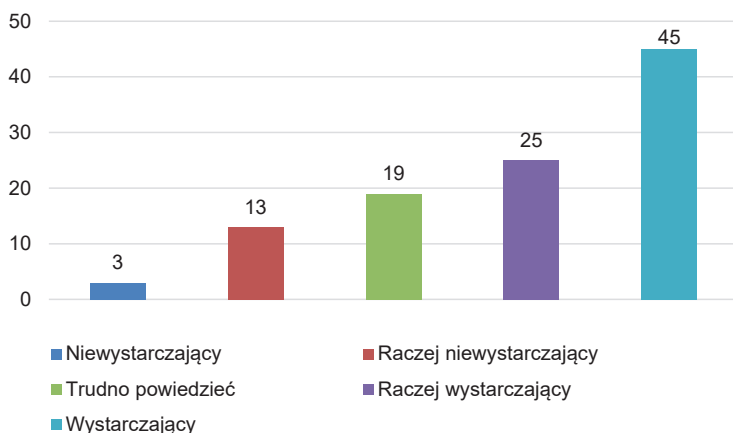
Źródło informacji	Liczba osób korzystających	Średnia ocen
Strony internetowe poświęcone problematyce HIV/AIDS	76	3,6
Materiały przekazywane przez lekarza	50	4,3
Punkty konsultacyjno-diagnostyczne	30	3,8
Organizacje pozarządowe zajmujące się problematyką HIV/AIDS	57	4,3
Rozmowa z lekarzem w poradni niedoborów odporności	54	4,5
Rozmowy z innymi osobami żyjącymi z HIV	62	4,2
Sanepidy (stacje sanitarno-epidemiologiczne)	4	3,5

Źródło: badania własne.

Drugim co do częstotliwości wyboru źródłem informacji są organizacje pozarządowe zajmujące się problematyką HIV/AIDS (57 wskazań). O ich roli pisałam we wcześniejszej części publikacji. Na trzecim miejscu znajduje się rozmowa z lekarzem w poradni niedoborów odporności (54 wskazania), która uzyskała najwyższą średnią ocenę ankietowanych (średnia ocen 4,5). Badani cenią sobie profesjonalizm i kontakt z osobami przygotowanymi. Warto w związku z tym stale dążyć do podnoszenia jakości świadczonych usług. Daje to nie tylko wymierne efekty w postaci skutecznej realizacji działań profilaktycznych, ale również jest związane z adekwatnym i efektywnym wydatkowaniem funduszy przeznaczonych na ten cel.

W opinii badanych dominuje pozytywna ocena dostępu do informacji na temat zmniejszenia możliwości zakażenia HIV/AIDS (60%). Odmiennego zdania jest część respondentów (14%), a ich odpowiedzi można powiązać z danymi dotyczącymi zarówno niskiego poziomu informacyjnego, jak i wskazywanej wcześniej nieaktualności części informacji.

Wykres 5. Ocena dostępu do informacji na temat zmniejszenia możliwości zakażenia HIV/AIDS w latach 2013–2014 (N = 105)



Źródło: badania własne. W zestawieniu nie uwzględniono osób, które żyją z wirusem mniej niż rok.

Respondenci w swoich opiniach odnosili się również do braku kampanii społecznych dotyczących problematyki HIV/AIDS (np. na temat dróg zakażenia), które byłyby prowadzone w sposób ciągły. Ich efektem byłoby zarówno podniesienie świadomości społecznej w tym obszarze, jak i przeciwdziałanie stygmatyzacji:

Brakuje powszechnej świadomości niebezpieczeństwa zachorowania i powszechnej wiedzy o możliwości wykonania ANONIMOWEGO, BEZPŁATNEGO testu w KONKRETNYM punkcie.

Brakuje uświadomienia społeczeństwa o tym, że HIV jest chorobą tak jak każda inna, o drogach przenoszenia, że przez rozmowę nie jest przenoszona, więcej kampanii o HIV nie tylko 1 grudnia.

Informacja jest, ale w miejscach, gdzie się leczy i testuje w kierunku HIV, ale to jest ułamek procenta ludności korzystającej z tych miejsc, nie widzę informacji na ulicach, w szkołach, szpitalach, przychodniach, plakatów w przejściu metra itd., a to tam się edukujemy!

Brak kampanii społecznych w TV i informacji, że warto się zbadać i że można się leczyć za darmo.

Temat przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu i stygmatyzacji osób żyjących z HIV/AIDS powracał wielokrotnie w wypowiedziach ankietowanych. W ich ocenie brakuje działań ukierunkowanych na zapobieganie ekskluzji nie tylko w wymiarze społecznym, ale również w odniesieniu do sfery życia prywatnego. Brak zrozumienia i rzetelnej wiedzy w obszarze HIV/AIDS prowadzić może do izolacji osoby seropozytywnej. To, co postulują respondenci, zawiera się w zestawie konkretnych działań:

[...] na rzecz integracji ze społeczeństwem, przeciwdziałania stygmatyzacji i wykluczeniu, skutecznej i szybkiej ochrony (w tym i prawnej) praw, wykształconej kadry medycznej poza wyspecjalizowanymi placówkami takimi jak poradnie nabytych niedoborów odporności.

Edukacji ogółu społeczeństwa. Działań, które pomogą wyjść z cienia tego piętna, spod skorupy, gdy ludzie świadomi i wiedzący na temat HIV podadzą sami rękę na ulicy, pocałują, posłuchają, a nie, nerwowym ruchem zasłaniając oczy dziecku, uciekną na czerwonym świetle na drugą stronę.

Brakuje jakiejś kampanii społecznej antydyskryminacyjnej, żeby osoby, które nie są nosicielami HIV, nie postrzegały osób HIV+ stereotypowo i żeby się ich nie bały i nie zrywały kontaktów itp.

W opinii ankietowanych prowadzone w naszym kraju kampanie społeczne i działania skierowane bezpośrednio do osób żyjących z HIV/AIDS są zbyt ogólne i w sposób znikomy odnoszą się do ich codzienności:

To nie powinno polegać na hasłach i kampaniach za kupę kasy, których jedynym przekazem jest: jesteś chory, masz zażywać leki, chodź regularnie do lekarza, dbając siebie i swoją rodzinę, staraj się pozytywnie podchodzić do życia... Tego akurat nie trzeba nam mówić, sami to wiemy! Przydałoby się bardziej ludzkie i dogłębne zbadanie problemów osób żyjących z HIV, ich stygmatyzacji w społeczeństwie. Takie problemy wciąż są tabu, a jak ktoś o nich mówi, jest określany jako odważny. Czemu? To powinno być normalne.

Poruszony został również sygnalizowany wcześniej w kilku miejscach niniejszej publikacji temat badań w kierunku HIV kobiet w ciąży. Podobnie jak grupa lekarzy, również sami pacjenci mówią o znaczeniu testowania wśród tej grupy:

Według mnie każda ciężarna kobieta powinna być przebadana w kierunku nosicielstwa, żeby uniknąć zakażenia dziecka.

Dodatkowo respondenci zwrócili uwagę na problem osób, które są w trudnej sytuacji życiowej:

W mojej ocenie za mało jest działań skierowanych do osób żyjących z HIV/AIDS i borykających się z bezdomnością, uzależnieniem, cierpiących na zaburzenia psychiczne, choroby współistniejące, np. gruźlicę, kiłę, padaczkę. W tej grupie są osoby prostytuujące się i niemające podstawowej wiedzy na temat chorób przenoszonych drogą płciową.

Realizacja zadań w tym zakresie wymaga skonsolidowanych działań wielu służb społecznych. Nie jest możliwe podejmowanie aktywności profilaktycznej w odniesieniu do tych osób bez uwzględnienia ich realnej sytuacji i możliwości, jakimi dysponują. Brak działań streetworkingowych lub ich ograniczona liczba wpływa niekorzystnie na codzienne funkcjonowanie m.in. osób seropozytywnych pozbawionych stałego miejsca zamieszkania.

Dobrym podsumowaniem analiz poświęconych ocenie realizacji Programu w obszarze profilaktyki przez osoby żyjące z HIV/AIDS może być opinia jednego z uczestników badań:

Jest szeroka oferta działań skierowana do osób HIV+, należy ją utrzymać i najlepiej udoskonalać, a nie zmieniać na „innowacyjne”.

Zdecydowanie warto unowocześniać, uwspółcześniać i doskonalić ofertę skierowaną do osób żyjących z HIV/AIDS, jednak przy zachowaniu jednej podstawowej zasady – konsultujmy nasze pomysły z ekspertami, czyli samymi osobami żyjącymi z HIV/AIDS. To oni wiedzą, co jest im potrzebne do lepszego codziennego funkcjonowania, tym bardziej że część z nich to osoby żyjące z HIV od urodzenia. Warto z tej wiedzy korzystać.

3.5. Działania informacyjne w doświadczeniu tajemniczego klienta

Celem zastosowania metody tajemniczego klienta w trakcie prowadzonych badań było sprawdzenie, czy i na ile jest realizowana możliwość i dostępność informacji w zakresie profilaktyki HIV. Do badań wybrano powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne ze względu na prowadzenie przez nie działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych oraz liczbę tych placówek (ok. 340 PSSE) – założono, że mogą być to instytucje, do których będą się zwracały osoby poszukujące informacji na temat HIV/AIDS.

Wybrano dwie drogi kontaktu z wybranymi losowo do badań placówkami. Pierwsza to droga telefoniczna, druga – e-mailowa. Jako tło spraw, z którymi zgłaszały się osoby kontaktujące się z PSSE, zostały wytypowane dwie okoliczności życiowe. Jedna dotyczyła sytuacji, gdy dana osoba dowiedziała się o swoim statusie HIV+ (osoba seropozytywna) i potrzebuje informacji na temat możliwości leczenia – temat „leczenie”. Druga sytuacja była związana z chęcią wykonania testu w kierunku HIV i pozyskaniem informacji na temat warunków testowania – temat „testowanie”.

W trakcie badań sprawdzano kompetencje pracowników PSSE, a także skuteczność obu wykorzystanych w badaniu dróg komunikacji z PSSE. Celem podjętych działań było zbadanie możliwości uzyskania informacji na temat profilaktyki za pośrednictwem poczty elektronicznej i rozmowy telefonicznej oraz ocenienie jakości tych informacji.

W związku z tym proces badawczy poprowadzono dwutorowo. Na potrzeby kontaktu e-mailowego przygotowano treść dwóch wiadomości, które zawierały konkretne pytania dotyczące możliwości leczenia (przykład 1 – e-mail 1) i testowania (przykład 2 – e-mail 2).

Przykład 1. Treść listu skierowanego do PSSE dotyczącego leczenia (e-mail 1)

Dzień dobry,

2 tygodnie temu dowiedziałem się, że jestem zakażony HIV (badanie wykonane w prywatnym laboratorium). Mam w związku z tym kilka pytań. Gdzie powinienem się zgłosić? Czy mogę się leczyć? Ile to kosztuje?

Dziękuję za odpowiedź.

Z poważaniem,

Imię i nazwisko

Przykład 2. Treść listu skierowanego do PSSE dotyczącego testowania (e-mail 2)

Dzień dobry,

Chciałbym wykonać badanie w kierunku HIV. W związku z tym mam kilka pytań. Gdzie powinienem się zgłosić? Czy badanie jest bezpłatne? Czy muszę być ubezpieczony? Czy muszę być pełnoletni?

Dziękuję za odpowiedź.

Z poważaniem,

Imię i nazwisko

Do wylosowanych do badań 68 PSSE wysłano jeden z zamieszczonych wyżej e-maili (przykład 1 lub przykład 2). Przyjęto również, do których placówek wysłany będzie e-mail dotyczący leczenia, a do których ten dotyczący testowania (33 – temat „testowanie”, 35 – temat „leczenie”). Wszystkie listy zostały wysłane do instytucji w miarę możliwości w tym samym czasie, w godzinach pracy PSSE.

Pierwszym etapem było stworzenie bazy adresów e-mail wylosowanych PSSE. **Wszystkie placówki, które brały udział w badaniu, miały na swoich stronach internetowych podane adresy e-mail**, na które wysłano listy z zapytaniami. Wskazuje to na dbałość tych instytucji o umożliwienie kontaktu z nimi osobom zainteresowanym. Co warto podkreślić, niektóre z PSSE mają również na swoich stronach www umieszczone **gotowe formularze kontaktowe** (np. PSSE w Katowicach) – może to usprawniać komunikację pomiędzy daną instytucją a jej klientami. W trakcie prowadzonych badań nie korzystano jednakże z tej opcji, przyjmując jedną drogę kontaktu elektronicznego – czyli list wysłany na adres e-mail umieszczony na stronie internetowej PSSE.

Odpowiedzi udzieliło 87% ankietowanych instytucji (59 PSSE), 13% (9 PSSE) nie odpowiedziało na pytania. Zdecydowana większość odpowiedzi dotarła w ciągu 24 godzin (60%, 35 PSSE), a czterech odpowiedzi udzielono po upływie tygodnia (7%). Dalszej analizie pod kątem zawartości merytorycznej oraz formalnej strony uzyskanych odpowiedzi poddano 59 e-maili zwrotnych.

Według oceny ankietatorów większość otrzymanych odpowiedzi była sformułowana w sposób zrozumiały (95%). W 19 odpowiedziach (32%) na 59 otrzymanych zawarte były wszystkie informacje, o które pytano. Poniżej zamieszczono w całości trzy przykładowe e-maile zwrotne, które

oprócz odpowiedzi na wszystkie pytania zawierają również aktualne dane, dodatkowe informacje, zwroty grzecznościowe, a ponadto zostały podpisane.

Przykład 3. Odpowiedź Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Kościerzynie (otrzymana w przeciągu 24 godzin) – temat „testowanie”

Dzień dobry,

Testy na HIV można wykonać w większości laboratoriów diagnostycznych.

Jeżeli jest Pan z okolic Kościerzyny, to można udać się do najbliższego laboratorium, aby pobrać próbkę krwi, np. do Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej i Mikrobiologicznej z Bankiem Krwi w Kościerzynie, ul. Piechowskiego 36.

Osoby nieubezpieczone – koszt badania 45 zł. Bez skierowania.

Badanie jest bezpłatne dla osób ubezpieczonych.

Należy od lekarza POZ (rodzinnego) uzyskać skierowanie na badanie.

Nie trzeba być osobą pełnoletnią.

Więcej informacji pod nr tel. 58/686-03-03 – zakład diagnostyki laboratoryjnej w Kościerzynie.

Kolejnym miejscem do zrobienia testu są punkty konsultacyjno-diagnostyczne (PKD), w których testy wykonywane są bez skierowania, bezpłatnie i anonimowo. W takich punktach, zanim zostanie pobrana krew na badanie, można się wiele dowiedzieć o rzeczywistym ryzyku zakażenia, sposobach uniknięcia zakażenia, o tym, czym tak naprawdę jest HIV i AIDS. Rozmowy przeprowadzane są przez doradców (najczęściej lekarzy lub psychologów), którzy uzyskali certyfikaty Krajowego Centrum ds. AIDS, a więc przez osoby kompetentne. Możliwe jest także zadanie dodatkowych pytań podczas odbierania wyniku. Doradcy wyjaśniają też osobom zakażonym, co mają dalej robić, gdzie zgłosić się w celu dalszej opieki zdrowotnej i ewentualnego leczenia.

Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny przy Pomorskim Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy (budynek G, wejście 2)

Smoluchowskiego 18

80-214 Gdańsk

Godziny pracy:

poniedziałek 16.00–20.00

czwartek 16.00–20.00

Źródło: http://www.aids.gov.pl/kcfiles/CO_WARTO_WIEDZIEC_O_TESTOWANIU.pdf.

Polecam także stronę www.aids.gov.pl.

Z poważaniem,

(imię i nazwisko pracownika PSSE)

(stanowisko pracownika PSSE)

Sekcja Epidemiologii

PSSE w Kościerzynie

Przykład 4. Odpowiedź Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Żurominie (otrzymana w przeciągu 24 godzin) – temat „leczenie”

Szanowna Pani,

W odpowiedzi na Pani maila uprzejmie informuję:

1. Dodatni (pozytywny) wynik testu przesiewowego nie jest wynikiem ostatecznym, bowiem zdarzają się wyniki fałszywie dodatnie. Pozytywny wynik testu przesiewowego musi być ZAWSZE potwierdzony kolejnym testem (western blot). Dopiero pozytywny wynik testu potwierdzającego pozwala na stwierdzenie zakażenia HIV.

2. Test potwierdzający najlepiej zrobić w punktach konsultacyjno-diagnostycznych (PKD), gdzie wykonuje się je bez skierowania, anonimowo i bezpłatnie, a także można tam porozmawiać z doradcą. Aktualna lista PKD, ich adresy oraz informacje o godzinach otwarcia są dostępne na stronie www.aids.gov.pl/pkd.

3. Najbliższej powiatu żuromińskiego zlokalizowane są:

– PKD przy Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku, ul. Medyczna 19, tel. 24 364 64 04 w godz. 7.00–14.30, godziny pracy PKD czwartek 15.00–18.00;

– PKD przy Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej, ul. Nowogrodzka 82, godziny pracy pn.–pt. 16.00–20.00;

– PKD przy Laboratorium Analiz Lekarskich IZD, ul. Chmielna 4, tel. 22 826 81 62.

4. Leczenie jest bezpłatne. Obecnie istnieje skuteczna terapia antyretrowirusowa, która wprawdzie nie eliminuje wirusa HIV, ale spowalnia postęp zakażenia, co pozwala na życie do starości i naturalnej śmierci. Im szybsze podjęcie leczenia, tym lepiej.

5. Przykładowa placówka, w której leczy się HIV: Poradnia Profilaktyczno-Lecznicza, ul. Wolska 37, tel. 22 33-58-102, 22 33-58-101.

Pozostałe adresy w załączniku do maila.

6. Osoba zakażona ma obowiązek poinformować o swoim zakażeniu jedynie partnera seksualnego.

7. Proponuję ponadto skorzystać z telefonu zaufania HIV/AIDS: 801 888 448 oraz 22 692 82 26.

8. Więcej informacji znajdzie Pani na stronie www.aids.gov.pl.

Z poważaniem,

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Żurominie

(imię i nazwisko pracownika)

Przykład 5. Odpowiedź Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Szczecinku (otrzymana w przeciągu 24 godzin) – temat „leczenie”

Dzień dobry,

najszybciej można skontaktować się z ODDZIAŁEM OBSERWACYJNO-ZAKAŹNYM, CHORÓB TROPIKALNYCH i NABYTYCH NIEDOBORÓW IMMUNOLOGICZNYCH w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Marii Skłodowskiej-Curie w Szczecinie, ul. Arkońska 4, tel. do sekretariatu: 91 813 94 41, można skontaktować się z ordynatorem oddziału, trwa program zdrowotny Ministerstwa Zdrowia, w którym można wziąć udział, oczywiście po wyrażeniu zgody przez Panią, „Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z HIV w Polsce”, leczenie HIV czy AIDS jest bezpłatne.

Szczecin to najbliższa jednostka, można wybrać inny szpital w każdym mieście wojewódzkim. Przesyłam ulotkę, gdzie jeszcze można szukać pomocy, proszę nie brać pod uwagę Koszalina, bo jest nieczynny ten punkt, przesyłam również stronę z wykazem szpitali: http://www.poradnikzdrowie.pl/sprawdz-sie/niezbudnik-pacjenta/osrodki-zajmujace-sie-terapia-hiv-i-aids_34683.html.

Życzę wszystkiego dobrego i powodzenia.

Z poważaniem,

(imię i nazwisko pracownika PSSE) – Sekcja Epidemiologii

Tel. 94 36 58 249, e-mail: epidemiologia@psse.szczecinek.pl

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Szczecinku

ul. Ordona 22; 78-400 Szczecinek; tel/fax: 94 374 05 59;

[www: psseszczecinek.pis.gov.pl](http://www.psseszczecinek.pis.gov.pl), e-mail: psse.szczecinek@pis.gov.pl

Podpisanie odpowiedzi (podpis zawierały 43 pisma – 73%) daje z jednej strony możliwość utrzymania ciągłości korespondencji, z drugiej dowodzi podmiotowego traktowania osób zwracających się do instytucji publicznej. W przypadku problematyki zdrowotnej coraz częściej podnosi się kwestię podmiotowości relacji i jej kluczowości dla całego procesu

terapii. I choć PSSE nie są bezpośrednio związane z procesem leczenia, to mogą stanowić placówkę pierwszego kontaktu w sytuacjach związanych z problematyką chorób zakaźnych. Stąd ich znaczenie w całym postępowaniu.

Analiza 40 odpowiedzi (68%), które nie zawierały – w całości lub częściowo – informacji dotyczących leczenia czy testowania, pozwala wskazać najczęściej występujące w nich błędy. Warto w tym miejscu jeszcze raz podkreślić, iż informacje, o które pytano w e-mailach, stanowią w odniesieniu do problematyki HIV/AIDS zagadnienia o charakterze podstawowym. Poniżej zaprezentowano w całości lub we fragmentach odpowiedzi budzące zastrzeżenia. W niektórych przypadkach w otrzymanych odpowiedziach znajdowało się po kilka błędów. Dla klarowności przekazu każda przykładowa odpowiedź zawiera jedną merytoryczną nieprawidłowość. Wśród najczęściej występujących błędów można wyszczególnić:

- brak pełnej informacji, odpowiedzi częściowe (np. pomijające dane o bezpłatności leczenia czy bezpłatności testu w PKD):

Przykład 6. Odpowiedź PSSE 29 (otrzymana w ciągu 3 dni) – temat „leczenie”

Dzień dobry!

*W odpowiedzi uprzejmie informujemy, że w celu dalszej diagnostyki powinien Pan się zgłosić do (nazwa i adres placówki). Rejestracja telefoniczna od godz. 9 do 13 pod numerem telefonu (numer telefonu). W tej Poradni uzyska Pan wszystkie informacje dotyczące zakażenia, leczenia i profilaktyki.
(nazwa placówki)*

- przesyłanie informacji nieaktualnych (np. kierowanie do nieistniejących PKD):

Przykład 7. Odpowiedź PSSE 12 (otrzymana w ciągu 24 godzin) – temat „leczenie”

Witam,

W związku z wykryciem zakażenia HIV powinna się pani udać do punktu

konsultacyjno-diagnostycznego; najbliższy jest w *(nazwa i adres placówki)*.

W załączeniu przesyłam również wykaz punktów w Polsce.

Jeśli chodzi o koszty leczenia – wszystkiego dowie się Pani w punkcie konsultacyjnym.

Szczegółowo tematyka HIV/AIDS opisana jest na stronie Krajowego Centrum ds. AIDS <http://www.aids.gov.pl/>.

Pozdrawiam,

(imię i nazwisko pracownika PSSE)

(nazwa placówki)

- kierowanie, w przypadku tematu „leczenie”, do punktów konsultacyjno-diagnostycznych:

Przykład 8. Odpowiedź PSSE 26 (otrzymana w ciągu 3 dni) – temat „leczenie”

(Nazwa placówki) w odpowiedzi na e-mail z dnia 26.05.2015 r. informuje, że Punkt Konsultacyjno-Diagnostyczny HIV mieści się przy *(nazwa i adres placówki)*, punkt jest czynny we wtorki i czwartki w godzinach 16:00–18:30. W *(miasto)* mieści się również *(nazwa i adres placówki szpitalnej)*. *(Nazwa PSSE)* nie zajmuje się zagadnieniami dotyczącymi leczenia w ww. zakresie oraz nie dysponuje informacją o kosztach takiego leczenia.

- odsyłanie po informacje do stron internetowych (np. do strony Krajowego Centrum ds. AIDS), w tym również do stron o charakterze komercyjnym:

Przykład 9. Odpowiedź PSSE 28 (otrzymana w ciągu 3 dni) – temat „leczenie”

W odpowiedzi na pismo informuję, że bardzo wyczerpujące odpowiedzi na nurtujące Pana pytania zostaną udzielone poprzez:

– telefon zaufania AIDS (22) 692-82-26;

– oraz na stronie internetowej Krajowego Centrum ds. AIDS (www.aids.pl).

(imię i nazwisko pracownika PSSE)

Przykład 10. Odpowiedź PSSE 53 (otrzymana w ciągu tygodnia) – temat „leczenie”

Witam!

W odpowiedzi na Pana zapytania informuję, że wyczerpujących informacji na interesujące Pana zagadnienia uzyska Pan na stronie internetowej:

<http://www.medonet.pl/zdrowie-na-co-dzien,artykul,1632148,1,z-wirusem-hiv-mozna-zyc-do-konca,index.html>.

(imię i nazwisko pracownika PSSE – nazwa placówki)

- przekierowanie do innych instytucji bez żadnych dodatkowych informacji:

Przykład 11. Odpowiedź PSSE 37 (otrzymana w ciągu 24 godzin) – temat „leczenie”

Dzień dobry,

Proszę zgłosić się do szpitala, w którym jest Oddział Chorób Zakaźnych, tam otrzyma Pan wszelkie informacje.

Z poważaniem,

(nazwa placówki)

Przykład 12. Odpowiedź PSSE 45 (otrzymana w ciągu 24 godzin) – temat „leczenie”

Na Pana pytania odpowie NFZ adres: *(adres e-mail oddziału NFZ)* lub tel. *(numer telefonu oddziału NFZ)*.

- informacje niezgodne ze stanem faktycznym, wprowadzające osobę pytającą w błąd:

Przykład 13. Odpowiedź PSSE 42 (otrzymana w ciągu 24 godzin) – temat „testowanie”

Reasumując, aby wykonać badania bezpłatnie – ww. testy – należy uzyskać rozpoznanie lekarskie „podejrzenia zakażenia wirusem HIV”, a następnie skierowanie na badania laboratoryjne. Badania w kierunku zakażenia wirusem HIV wykonują lekarze poradni chorób zakaźnych oraz dermatologicznych. Lekarze rodzinni zwykle kierują osoby podejrzane o ww. zakażenie do poradni specjalistycznych.

Drugą drogą badania *mystery shopping* był kontakt telefoniczny z losowo wybranymi PSSE – innymi niż te, które zostały wytypowane do ankietowania za pośrednictwem poczty elektronicznej. Zadaniem osób prowadzących badania było zadzwonienie do wskazanych PSSE i przedstawienie pytań analogicznych do tych przekazanych drogą e-mailową. Wykonano 60 rozmów telefonicznych (29 telefonów w sprawie leczenia i 31 telefonów w sprawie testowania). Połączenia były wykonywane w godzinach pracy PSSE. Ankieter czekał na połączenie (5 sygnałów), po czym rozłączał się, by ponowić próbę. Próbę połączenia ponawiano 10-krotnie w tym samym dniu. Jeśli nikt nie odebrał telefonu, uznano kontakt telefoniczny za niemożliwy. W zdecydowanej większości przypadków (59 PSSE) rozmowa na zadany temat została zrealizowana. Za pierwszym razem udało się nawiązać kontakt z 40 placówkami (68% rozmów), były jednak także instytucje, do których wykonano trzy i cztery próby kontaktu (łącznie 12% połączeń).

Analizie merytorycznej poddano 59 rozmów telefonicznych, rozpoczynając od oceny rozmowy pod względem formalnym (przedstawienie się pracownika, podanie nazwy instytucji, stosowanie form grzecznościowych), po uzyskanie odpowiedzi na zadane pytania.

Pracownicy PSSE, odbierając telefon, wymieniali instytucję, którą reprezentują (49% rozmówców) lub też nie przedstawiali się w ogóle (brak podania imienia i nazwiska oraz nazwy PSSE – 41% rozmówców). **Jedynie w trzech przypadkach (5% rozmówców) rozmowa została rozpoczęta od podania pełnych danych osoby odbierającej telefon i instytucji, którą reprezentuje.** Sytuacja ta może wskazywać z jednej strony na niedoceniające znaczenia tych informacji dla przebiegu rozmowy, z drugiej na niski poziom profesjonalnych kompetencji pracowników PSSE.

W odniesieniu do samej treści rozmów warto wskazać, iż w 48 przypadkach (81%) nie uzyskano informacji w ogóle bądź też informacje na temat leczenia lub testowania były częściowe. Dominowały odpowiedzi, w których pracownicy PSSE **odsyłali dzwoniących do lekarzy pierwszego kontaktu, szpitali czy też wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych**, informując, iż PSSE nie zajmuje się takimi tematami. Pojawiały się również **dane częściowe** (np. podanie adresu PKD bez informacji o bezpłatności i anonimowości testu) lub też **niezgodne ze stanem faktycznym** (np. podawanie nieaktualnych adresów PKD). Zda-

rzały się również sytuacje, w których pracownicy **odsyłali do informacji w internecie**. Warto w tym miejscu zauważyć, iż osoba, która wybiera kontakt telefoniczny, decyduje się na niego często ze względu na brak dostępu do internetu lub preferowanie, w celu uzyskania niezbędnych dla siebie danych, formy rozmowy właśnie. Informacje, które wskazywały na bardzo niski poziom wiedzy pracowników PSSE w odniesieniu do problematyki HIV/AIDS (np. można się leczyć, jak są „objawy chorobowe”, „nosiciele to niekoniecznie się leczy” – temat „leczenie”), stanowią niepokojący sygnał.

Na uznanie i podkreślenie profesjonalnego podejścia zasługują placówki, w których **pracownicy udzielili wyczerpujących odpowiedzi na wszystkie zadane pytania oraz uzupełnili je o dodatkowe informacje** (19%; 11 PSSE: Nowa Sól, Jawor, Oława, Kamień Pomorski, Poddębnie, Międzychód, Goleniów, Słupsk, Pyrzyce, Strzelce Opolskie, Bielsk Podlaski). Rozmowy te ankietarzy ocenili wysoko na skali użyteczności, a także podkreślali uprzejmość prezentowaną przez pracowników PSSE.

Porównując liczbę pełnych odpowiedzi uzyskanych w badaniu *mystery shopping* w kontakcie drogą e-mailową i telefoniczną, widzimy dużo lepszy wskaźnik przy pierwszym z nich (32% do 19%). Może być to związane z odroczeniem czasu odpowiedzi, a tym samym sposobnością do zebrania potrzebnych informacji. Świadczyć to jednak może o niskim poziomie przygotowania pracowników PSSE do działań w zakresie profilaktyki HIV. Brak wiedzy na temat procesu testowania w kierunku HIV oraz podstawowych informacji na temat leczenia, a także traktowanie informacji w sposób stały (nieaktualizowanie danych) może wpływać niekorzystnie na realizację działań profilaktycznych na poziomie powiatów.

Wnioski i refleksje końcowe

Wzrost liczby nowo wykrywanych zakażeń, nieproporcjonalna odpowiedź państwa (wzrost wydatków jedynie na leczenie) oraz niski poziom zainteresowania kwestiami zapobiegania zakażeniom (profilaktyką) wskazują na potrzebę podjęcia interwencji i wprowadzenia zmian w sposób systemowy. Można powiedzieć, że wyniki przeprowadzonych badań wpisują się w diagnozę sytuacji sformułowaną przez Jakuba Janiszewskiego, który pisze: „Państwowa niewiedza i nieporadność spotykają potężnego sojusznika w postaci prywatnych lęków, obsesji i niechęci”¹. Dopóki w ramach rozwiązań systemowych nie znajdzie się przestrzeń dla skoordynowanych działań na rzecz pozytywnej profilaktyki, dopóty ten sojusz będzie trwał, z niekorzyścią dla całości społeczeństwa.

Umieszczone w tej części opracowania wnioski i rekomendacje dotyczą całości podjętych w projekcie badawczym działań, w odniesieniu do poszczególnych analizowanych obszarów profilaktyki i aktywności instytucji publicznych odpowiedzialnych za realizację Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowanego na lata 2012–2016. Nie będzie zaskoczeniem, zwłaszcza dla osób zaangażowanych w działania na rzecz wzmocnienia komponentu profilaktycznego, iż wyniki przeprowadzonych badań jednoznacznie wskazują na niedocenianie – a wręcz zaniedbywanie – kwestii zapobiegania w obszarze HIV/AIDS w Polsce. Dotyczy to zarówno finansowania tego obszaru działań, jak i samej realizacji, która często w sposób bardzo luźny wiąże się z profilaktyką. Liczne kampanie społeczne realizowane przez Krajowe Centrum ds. AIDS

¹ J. JANISZEWSKI: *Kto w Polsce ma HIV? Epidemia i jej mistyfikacje*. Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa 2013, s. 137.

we współpracy z partnerami lokalnymi wymagają prowadzenia pracy „u podstaw”. Nawet najszerzej zakrojona kampania społeczna nie spełni swojej roli, jeśli dotrze do nieprzygotowanych na nią odbiorców. Co więcej, jeśli będzie prowadzona przez nieprzygotowanych do tego partnerów.

Dane dotyczące realizacji działań profilaktycznych zebrane – nie bez trudu – od instytucji publicznych wskazują na niski i bardzo niski poziom wiedzy w tym zakresie, przekładający się na minimalne zaangażowanie większości instytucji w realizację Programu. Warto podkreślić, iż są podmioty, które mimo ograniczonych zasobów finansowych, uznając wagę tematu, podejmują aktywność ukierunkowaną na prowadzenie działań profilaktycznych, jednak w większości analizowanych przypadków aktywność ta ma charakter okazjonalny i jest traktowana marginalnie. Brakuje zaplanowanych strategicznie, długofalowych działań w obszarze profilaktyki HIV. Warto dokonać zmian w tym zakresie m.in. poprzez:

- strukturalne wzmocnienie, w tym finansowe, działań profilaktycznych na szczeblu centralnym;
- wprowadzenie ujednoliconego systemu sprawozdawczości z realizacji Programu (m.in. w celu zapobieżenia dublowania w sprawozdaniach finansowych danych dotyczących podejmowanych przez instytucje działań);
- upowszechnianie dobrych praktyk wypracowanych przez instytucje i opracowanie systemu wdrażania tych rozwiązań w innych instytucjach;
- stworzenie sieci koordynatorów działań profilaktycznych w poszczególnych instytucjach i zbudowanie platformy dla ich współpracy;
- promowanie rozwiązań profilaktycznych, które zakończyły się sukcesem.

Bazując na wynikach badań przeprowadzonych wśród NGO, można przedstawić następujące rekomendacje:

- wzmocnienie finansowe dla działań profilaktycznych skierowanych do ogółu społeczeństwa;
- intensyfikacja działań kierowanych do kobiet w ciąży;
- wzmocnienie finansowania działań kierowanych do osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych;
- położenie większego nacisku na redukcję szkód w działaniach profilaktycznych;

- budowanie systemu wsparcia oraz współpracy pomiędzy jednostkami samorządu terytorialnego i organizacjami pozarządowymi;
- tworzenie elastycznego systemu pracy w obszarze profilaktyki (m.in. działania outreachworkingowe);
- wzmocnienie finansowania działań kierowanych do osób żyjących z HIV/AIDS.

Lekarze chorób zakaźnych pracujący w szpitalach na oddziałach zakaźnych i w poradniach niedoborów odporności wprost wskazują na:

- deficyt w działaniach edukacyjno-szkoleniowych kierowanych do personelu medycznego wszystkich szczebli;
- konieczność (wręcz obligatoryjność) cyklicznych szkoleń dla lekarzy wszystkich specjalności oraz działań ukierunkowanych na promowanie testowania wśród pacjentów, w tym również, a może szczególnie, kobiet w ciąży; jest to bezpośrednio związane z podejściem ukierunkowanym na szerokie testowanie populacji oraz wdrażaniem strategii „testuj i lecz” (*test and treat*);
- rozszerzanie wsparcia psychologicznego dla osób żyjących z HIV/AIDS;
- wzmacnianie wsparcia ze strony służb socjalnych dla osób żyjących z HIV/AIDS;
- uzupełnianie działań medycznych działaniami pozamedycznymi w sposób systemowy i zaplanowany długofalowo (np. we współpracy z NGO).

Z analiz danych uzyskanych od osób żyjących z HIV/AIDS wynika, iż:

- oferta, która jest realizowana w ramach profilaktyki trzeciorzędowej, winna być rozszerzana i kontynuowana;
- ważne jest aktualizowanie treści na stronach www poświęconych problematyce HIV/AIDS;
- winny być podejmowane działania przeciwdziałające stygmatyzacji osób żyjących z HIV/AIDS (kierowane do ogółu społeczeństwa, do personelu medycznego);
- ważne jest prowadzenie ogólnopolskich i szeroko propagowanych rzetelnych kampanii społecznych, informacyjnych (np. na temat: dróg zakażenia, możliwości bezpłatnego i anonimowego testowania w PKD, bezpłatnego leczenia w przypadku zakażenia HIV);
- na uwagę zasługuje temat testów w kierunku HIV u kobiet w ciąży.

W odniesieniu do funkcjonowania powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych w wymiarze informacyjnym warto zwrócić uwagę na:

- przeszkolenie i wyznaczenie pracownika, który odpowiada merytorycznie za realizację zadań w zakresie profilaktyki HIV;
- realizację zadań profilaktyczno-informacyjnych przez PSSE, w tym również odpowiedzi na zapytania klientów;
- stałą aktualizację danych dotyczących problematyki HIV/AIDS, również tych dotyczących lokalizacji placówek specjalistycznych oraz punktów konsultacyjno-diagnostycznych;
- utworzenie na stronach internetowych zakładki odnoszących się wprost do tematu HIV/AIDS lub do stron profesjonalnie zajmujących się tym tematem, w tym Krajowego Centrum ds. AIDS;
- wygenerowanie automatycznych podpisów pod e-mailami, które zawierają dane osoby odpowiadającej oraz dane teled adresowe placówki;
- zachowanie dbałości o podstawowe zasady dotyczące prowadzenia korespondencji i rozmów telefonicznych (np. używanie form grzecznościowych na początku i końcu listu/rozmowy; korekta językowa pisma przed jego wysłaniem).

Ważnym z punktu widzenia prowadzonych działań profilaktycznych elementem systemowego podejścia do oddziaływań prewencyjnych jest ewaluacja ich efektywności. „Realizacja działań profilaktycznych ma sens jedynie wówczas, gdy jest możliwa ocena ich skuteczności”². Ewaluacja podejmowanych w ramach interwencji prewencyjnych aktywności ma dodatkowo do spełnienia ważne społeczne cele. Wśród nich można wymienić³:

- rozliczenie z efektywnego wykorzystania zasobów i osiągnięcia oczekiwanych wyników;
- określenie jakości i wartości przyjętych polityk społecznych;
- usprawnianie programów i ich realizacji w odniesieniu do zmieniających się warunków;

² Z.B. GAŚ: *Uzależnienia. Skuteczność programów profilaktycznych*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1994, s. 8.

³ R. SZARFENBERG: *Ewaluacja jako forma oceny strategii w polityce społecznej*. W: *Strategie w polityce społecznej*. Red. M. GREWIŃSKI, A. KARWACKI. Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Łomianki brw., s. 85–87.

- rozwój i tworzenie wiedzy powiązane z procesem uczenia się;
- informowanie ogółu społeczeństwa o działaniach podejmowanych przez władze publiczne poprzez upowszechnianie wyników ewaluacji.

Analizując zebrany materiał badawczy, można zauważyć, iż polski system profilaktyki oparty jest o model tradycyjny. Jest to związane nie tylko z warstwą językową, w której opisuje się podejmowane działania (profilaktyka pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowa), ale przede wszystkim z projektowaniem działań ukierunkowanych na ograniczanie „dysfunkcji”. W realizowanym podejściu brakuje pozytywnego wymiaru działań profilaktycznych, których celem byłoby minimalizowanie czynników ryzyka przy jednoczesnym wzmacnianiu elementów chroniących. W działaniach skierowanych do ogółu społeczeństwa ciągle przeważa strategia zastraszania zamiast tworzenia przestrzeni do wzmacniania postaw prozdrowotnych oraz kształtowania umiejętności efektywnego radzenia sobie z sytuacjami trudnymi – co w odniesieniu do osób młodych, które stanowią ważną grupę docelową oddziaływań profilaktycznych, jest szczególnie ważne, nie tylko w obszarze prewencji HIV/AIDS. Strategia negatywna dodatkowo przyczynia się do stygmatyzacji osób żyjących z HIV/AIDS, ich wykluczenia ze społecznej przestrzeni. Dobrze zaplanowane działania profilaktyczne, prowadzone w sposób uznający godność każdej jednostki, mogą być drogą nie tylko do ograniczenia skali zakażeń, ale również – co nie mniej ważne – przeciwdziałania dyskryminacji osób żyjących z HIV/AIDS.

Temat profilaktyki HIV w naszym kraju jest ciągle traktowany jako kwestia poboczna, dotycząca jedynie wybranej, małej grupy osób. Nie ma szerszego oglądu problemu, a jak pisze Z. Izdebski: „Musimy mieć przecież na uwadze, że AIDS nie jest tylko problemem medycznym, za który odpowiadałby resort zdrowia, ale jest wyzwaniem dla współczesnej cywilizacji w wymiarze moralnym, kulturowym, światopoglądowym i socjalno-ekonomicznym”⁴. Czy i na ile poradzimy sobie z tym wyzwaniem jako społeczeństwo i państwo, w dużej mierze zależy od przyjętego paradygmatu profilaktyki oraz sposobów i efektywności realizacji krajowej polityki prozdrowotnej.

⁴ Z. IZDEBSKI: *Zachowania prozdrowotne i seksualne w aspekcie HIV/AIDS w Polsce*. Studio Poligraficzne Drukarnia, Warszawa 1997, s. 6.

Aneks

Załącznik 1. Wykaz wybranych aktów prawnych i dokumentów oraz opracowań dotyczących problematyki profilaktyki w obszarze HIV/AIDS

Cele rozwoju zawarte w Deklaracji Milenijnej Narodów Zjednoczonych przyjętej przez ONZ podczas 55. Sesji Zgromadzenia Ogólnego ONZ. ONZ, Nowy Jork 2000.

Deklaracja Pekińska zatwierdzona na IV Światowej Konferencji w sprawie Kobiet (ONZ, Pekin 1995) oraz późniejsze inicjatywy i działania mające na celu wdrażanie Deklaracji Pekińskiej i Platformy Działania przyjętych podczas 23. Sesji Specjalnej Zgromadzenia Ogólnego ONZ. ONZ, Nowy Jork 2000.

Deklaracja Unii Europejskiej *Jednym słowem: Przywództwo. Dotrzymanie obietnicy zatrzymania pandemii HIV/AIDS*. UE, Bruksela 2008.

Deklaracja Wileńska w zakresie działań mających na celu wzmocnienie odzewu na epidemię HIV/AIDS w Unii Europejskiej i Krajach sąsiadujących. UE, Wilno 2004.

Deklaracja z Bremy *Odpowiedzialność i partnerstwo – razem przeciw HIV/AIDS*. UE, Brema 2007.

Deklaracja zobowiązań w sprawie HIV/AIDS *Globalny kryzys – globalne działania*. ONZ, Nowy Jork 2001.

Dublińska deklaracja współpracy w walce z HIV/AIDS w Europie i Azji Centralnej. WHO, UE, Dublin 2004.

European Action Plan for HIV/AIDS 2012–2015. WHO, Copenhagen 2011.

Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011–2015. WHO, Geneva 2011.

Komunikat Komisji dla Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów *Zwalczanie HIV/AIDS w Unii Europejskiej i krajach sąsiednich w latach 2009–2013*. UE, Bruksela 2009.

Program działań z Międzynarodowej Konferencji na temat Ludności i Rozwoju. ONZ, Kair 1994.

Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 20 listopada 2008 r. w sprawie wczesnego wykrywania i wczesnego leczenia HIV/AIDS. UE, Bruksela 2008.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (Dz. U. z 2011 r. Nr 44, poz. 227).

Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w 2013 roku. Krajowe Centrum ds. AIDS, Minister Zdrowia, Warszawa 2014.

Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w 2014 roku. Krajowe Centrum ds. AIDS, Minister Zdrowia, Warszawa 2015.

Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 1985 r. Nr 12, poz. 49).

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r., poz. 947 ze zm.).

Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2010 r. w sprawie Krajowego Centrum ds. AIDS (Dz. Urz. MZ z 2010 r. Nr 8, poz. 49).

Załącznik 2. Kwestionariusz ankiety skierowanej do osób żyjących z HIV/AIDS

KWESTIONARIUSZ ANKIETY dla osób żyjących z HIV/AIDS

Prosimy o udział w ogólnopolskim badaniu opinii prowadzonym przez Społeczny Komitet ds. AIDS we współpracy ze Stowarzyszeniem Ogólnopolska Sieć Osób Żyjących z HIV/AIDS „Sieć Plus”. Badanie dofinansowane jest przez Fundację im. Stefana Batorego w ramach programu „Obywatele dla Demokracji”. Celem badania jest ocena przeciwdziałania zakażeniom HIV/AIDS oraz działań na rzecz osób żyjących z HIV **w latach 2013–2014** w odniesieniu do Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS.

Wyniki badań posłużą do wypracowania rekomendacji dotyczących działań profilaktycznych oraz oferty kierowanej do osób żyjących z HIV. W związku z tym Pana/Pani głos jest szczególnie ważny. Prosimy o wypełnienie poniższej ankiety w oparciu o Pana/Pani doświadczenia **z lat 2013–2014**. Ankieta jest **anonimowa** i zawiera 22 pytania. Jej wypełnienie zajmie Panu/Pani kilkanaście minut.

Prosimy o udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte w kwestionariuszu. Aby udzielić odpowiedzi na pytanie, należy **zaznaczyć jedną odpowiedź** (chyba że w pytaniu podana jest inna możliwość) lub **wpisać** ją w **wyznaczone** miejsce.

1. Z jakich źródeł informacji dowiedział/dowiedziała się Pan/Pani o możliwości wykonania testu w kierunku HIV? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- a) osoby zajmujące się problematyką HIV/AIDS w organizacjach pozarządowych
- b) rozmowa z lekarzem pierwszego kontaktu
- c) rozmowa z lekarzem specjalistą (prosimy podać specjalizację lekarza
.....)

- d) materiały informacyjne dotyczące HIV/AIDS
- e) osoba, która wykonała test w kierunku HIV
- f) kampanie informacyjne
- g) inne źródło (jakie?)

2. Które z tych źródeł informacji w największym stopniu przyczyniło się do wykonania testu na HIV?

- a) osoby zajmujące się problematyką HIV/AIDS w organizacjach pozarządowych
- b) rozmowa z lekarzem pierwszego kontaktu
- c) rozmowa z lekarzem specjalistą (prosimy podać specjalizację lekarza)
- d) materiały informacyjne dotyczące HIV/AIDS
- e) osoba, która wykonała test w kierunku HIV
- f) kampanie informacyjne
- g) inne źródło (jakie?)

3. Czy w latach 2013–2014 wykonał/wykonała Pan/Pani test w kierunku HIV?

- a) tak
- b) nie (prosimy przejść do pytania 7)
- c) nie pamiętam (prosimy przejść do pytania 7)

4. Czy test wtedy wykonany był bezpłatny?

- a) tak
- b) nie (jeśli nie był bezpłatny, prosimy podać cenę testu)
- c) nie pamiętam

5. Czy przed wykonaniem testu konieczne było podanie swoich danych (imię, nazwisko)?

- a) tak (jeśli tak, prosimy opisać tę sytuację)
- b) nie
- c) nie pamiętam

6. Gdzie Pan/Pani wykonywał/wykonywała ten test? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- a) w punkcie anonimowego i bezpłatnego testowania (PKD)
- b) w szpitalu
- c) w innej placówce służby zdrowia (jakiej?)
- d) w innym miejscu (jakim?)

7. Jak ocenia Pan/Pani dostępność bezpłatnych testów w kierunku HIV w latach 2013–2014?

- a) szeroko dostępne, każdy miał możliwość wykonania takiego testu bezpłatnie
- b) dostępne dla większości osób zainteresowanych wykonaniem takiego testu
- c) dostępne tylko dla niewielkiej grupy osób zainteresowanych wykonaniem takiego testu
- d) inne spostrzeżenia (jakie?)

8. W Polsce są oferty skierowane do osób żyjących z HIV/AIDS. Prosimy wskazać, które z niżej wymienionych w tabeli ofert są Panu/Pani znane oraz z których chciałby/chciałaby Pan/Pani skorzystać (prosimy wstawić znak X w odpowiednich kolumnach przy każdej z ofert, którą Pan/Pani zna i/lub z której chciałby/chciałaby Pan/Pani skorzystać).

	Rodzaj oferty	Znam	Chciałbym/chciałabym skorzystać
a)	grupy wsparcia (spotkania z innymi osobami żyjącymi z HIV)		
b)	pomoc psychologiczna dla osób żyjących z HIV (np. terapia indywidualna)		
c)	szkolenia, w czasie których można zdobyć informacje dotyczące problematyki HIV/AIDS		
d)	turnusy rehabilitacyjno-edukacyjne dla osób żyjących z HIV i ich bliskich		
e)	ogólnopolskie spotkania osób żyjących z HIV		

	Rodzaj oferty	Znam	Chciałbym/chciałabym skorzystać
f)	obozy integracyjno-rehabilitacyjne dla osób żyjących z HIV		
g)	porady prawnika dla osób żyjących z HIV		
h)	wsparcie socjalne dla osób żyjących z HIV		
i)	porady lekarskie poza miejscem leczenia dla osób żyjących z HIV		
j)	terapia grupowa dla osób żyjących z HIV		
k)	strony internetowe z informacjami kierowanymi do osób żyjących z HIV		
l)	inne (jakie?)		

9. Prosimy wskazać, z których z wymienionych w poniższej tabeli ofert korzystał/korzystała Pan/Pani w latach 2013–2014 (prosimy o wskazanie wszystkich, z których Pan/Pani korzystał/korzystała, wstawiając znak X w odpowiedniej kolumnie, oraz o ich ocenę w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza, że w minimalnym stopniu odpowiedziały na Pana/Pani potrzeby, a 5 że w maksymalnym stopniu odpowiedziały na Pana/Pani potrzeby).

	Rodzaj oferty	Korzystałem/ korzystałam	Ocena
a)	grupy wsparcia (spotkania z innymi osobami żyjącymi z HIV)		
b)	pomoc psychologiczna dla osób żyjących z HIV (np. terapia indywidualna)		
c)	szkolenia, w czasie których można zdobyć informacje dotyczące problematyki HIV/AIDS		
d)	turnusy rehabilitacyjno-edukacyjne dla osób żyjących z HIV i ich bliskich		

	Rodzaj oferty	Korzystałem/ korzystałam	Ocena
e)	ogólnopolskie spotkania osób żyjących z HIV		
f)	obozы integracyjno-rehabilitacyjne dla osób żyjących z HIV		
g)	porady prawnika dla osób żyjących z HIV		
h)	wsparcie socjalne dla osób żyjących z HIV		
i)	porady lekarskie poza miejscem leczenia dla osób żyjących z HIV		
j)	terapia grupowa dla osób żyjących z HIV		
k)	strony internetowe z informacjami kierowanymi do osób żyjących z HIV		
l)	inne (jakie?)		

10. Jeśli korzystał/korzystała Pan/Pani w latach 2013–2014 z ofert wymienionych w pytaniu 9, prosimy krótko uzasadnić swoją ocenę (uzupełniając tabelę TYLKO w odniesieniu do ocenionych w pytaniu 9 ofert).

	Rodzaj oferty	Uzasadnienie oceny
a)	grupy wsparcia (spotkania z innymi osobami żyjącymi z HIV)	
b)	pomoc psychologiczna dla osób żyjących z HIV (np. terapia indywidualna)	
c)	szkolenia, w czasie których można zdobyć informacje dotyczące problematyki HIV/AIDS	
d)	turnusy rehabilitacyjno-edukacyjne dla osób żyjących z HIV i ich bliskich	
e)	ogólnopolskie spotkania osób żyjących z HIV	
f)	obozы integracyjno-rehabilitacyjne dla osób żyjących z HIV	
g)	porady prawnika dla osób żyjących z HIV	

	Rodzaj oferty	Uzasadnienie oceny
h)	wsparcie socjalne dla osób żyjących z HIV	
i)	porady lekarskie poza miejscem leczenia dla osób żyjących z HIV	
j)	terapia grupowa dla osób żyjących z HIV	
k)	strony internetowe z informacjami kierowanymi do osób żyjących z HIV	
l)	inne (jakie?)	

11. Z jakich źródeł informacji dotyczących HIV/AIDS wymienionych w tabeli korzystał/korzystała Pan/Pani w latach 2013–2014? (prosimy o wskazanie wszystkich, z których Pan/Pani korzystał/korzystała, przez wstawienie znaku X w odpowiedniej kolumnie oraz o ich ocenę w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza, że są one w minimalnym stopniu przydatne, a 5 że są w maksymalnym stopniu przydatne).

	Źródła informacji	Korzystałem/ korzystałam	Ocena
a)	strony internetowe poświęcone problematyce HIV/AIDS		
b)	materiały przekazywane przez lekarza		
c)	punkty konsultacyjno-diagnostyczne		
d)	organizacje pozarządowe zajmujące się problematyką HIV/AIDS		
e)	rozmowa z lekarzem w poradni niedoborów odporności		
f)	rozmowy z innymi osobami żyjącymi z HIV		
g)	sanepidy (stacje sanitarno-epidemiologiczne)		
h)	inne źródła (jakie?)		

12. Jak ocenia Pan/Pani dostęp do informacji na temat zmniejszenia możliwości zakażenia HIV/AIDS w latach 2013–2014?

- a) wystarczający
- b) raczej wystarczający
- c) trudno powiedzieć
- d) raczej niewystarczający
- e) niewystarczający

13. Czego Pana/Pani zdaniem najbardziej brakuje w odniesieniu do informacji związanych z problematyką HIV/AIDS? Prosimy wpisać poniżej.

.....

.....

.....

14. Jakich działań Pana/Pani zdaniem najbardziej brakuje na rzecz osób żyjących z HIV/AIDS w Polsce? Prosimy wpisać poniżej.

.....

.....

.....

15. Prosimy wpisać poniżej uwagi i spostrzeżenia na temat działań kierowanych do osób żyjących z HIV/AIDS realizowanych w latach 2013–2014, którymi chciałby/chciałyby się Pan/Pani podzielić, a nie zostały poruszone w ankiecie.

.....

.....

.....

Metryczka

(prosimy o wpisanie lub zaznaczenie właściwej odpowiedzi)

1. Płeć:

2. Wiek

- a) 18–25 lat
- b) 26–35 lat
- c) 36–45 lat

- d) 46–55 lat
- e) 56 lat i więcej

3. Długość życia z HIV

- a) do 1 roku
- b) od 1 roku do 5 lat
- c) od 5 lat do 10 lat
- d) od 10 lat do 15 lat
- e) 15 lat i więcej

4. Wykształcenie

- a) podstawowe
- b) gimnazjalne
- c) średnie (w tym niepełne)
- d) wyższe zawodowe (w tym niepełne)
- e) wyższe magisterskie (w tym niepełne)

5. Miejsce zamieszkania

- a) wieś
- b) miasto do 50 tys. mieszkańców
- c) miasto od 50 do 250 tys. mieszkańców
- d) miasto od 250 do 500 tys. mieszkańców
- e) miasto powyżej 500 tys. mieszkańców

6. Czy w latach 2013–2014 kontaktował/kontaktowała się Pan/Pani z organizacją/organizacjami pozarządową/pozarządowymi zajmującą/zajmującymi się problematyką HIV/AIDS?

- a) tak
- b) nie

7. Skąd dowiedział/dowiedziała się Pan/Pani o wypełnianej właśnie ankiecie?

- a) od organizacji pozarządowej
- b) z placówki służby zdrowia
- c) z internetu
- d) od innych osób żyjących z HIV
- e) z innego źródła (jakiego?)

W ramach realizowanego projektu jest możliwość skorzystania z porad prawnych. Osoby zainteresowane prosimy o kontakt pod adresem mailowym: prawnik@skaid.org.

Dziękujemy za współpracę i wypełnienie ankiety.

Załącznik 3. Plakat informacyjny kierowany do osób żyjących z HIV/ AIDS

PACJENCIE!

WEŹ UDZIAŁ W BADANIU, MIEJ WPŁYW NA DZIAŁANIA INSTYTUCJI PUBLICZNYCH ZAJMUJĄCYCH SIĘ TEMATYKĄ HIV W POLSCE!

Badanie stanowi element projektu, którego zbiorcze dane zostaną opublikowane w specjalnym raporcie i zaprezentowane Ministrowi Zdrowia.
Badanie jest anonimowe. Jego wypełnienie zajmie max. 15 minut.

[WWW.BADENIAPLUS.PL](http://www.badeniaplus.pl)

**JEŚLI W ZWIĄZKU Z ZAKAŻENIEM HIV: BYŁEŚ/JESTEŚ DYSKRIMINOWANY LUB NIEWŁAŚCIWIE TRAKTOWANY;
CINIEŻ WALCZYĆ O SVOJE PRAWA: NIE WIEŚ DO KOGO SIĘ ZGŁOSIĆ, BY OZYSKAĆ SKUTECZNĄ I BEZPŁATNĄ POMOC**

NAPISZ DO NAS

Społeczny Komitet ds. AIDS we współpracy ze Stowarzyszeniem Ogólnopolskie Sieć Osób Żyjących z HIV/AIDS „Sieć Plus” oferuje bezpłatne konsultacje prawne w okresie maj – listopad 2015. Osoby zainteresowane zapraszamy do kontaktu mailowego: prawnik@skaid.pl
Wszystkich pacjentów zapraszamy do udziału w ogólnopolskim badaniu skierowanym do osób żyjących z HIV, w którym zbieramy Państwa opinie i oceny na temat oferty kierowanej do osób zakażonych HIV.

Projekt realizowany w ramach programu Obywatelskie dla Demokracji, finansowanego z funduszy EOG



Projekt realizowany w ramach programu Obywatelskie dla Demokracji, finansowanego z funduszy EOG

Projekt realizowany w ramach programu Obywatelskie dla Demokracji, finansowanego z funduszy EOG

Projekt realizowany w ramach programu Obywatelskie dla Demokracji, finansowanego z funduszy EOG

Projekt realizowany w ramach programu Obywatelskie dla Demokracji, finansowanego z funduszy EOG

Projekt realizowany w ramach programu Obywatelskie dla Demokracji, finansowanego z funduszy EOG

Projekt realizowany w ramach programu Obywatelskie dla Demokracji, finansowanego z funduszy EOG

Projekt realizowany w ramach programu Obywatelskie dla Demokracji, finansowanego z funduszy EOG

Projekt realizowany w ramach programu Obywatelskie dla Demokracji, finansowanego z funduszy EOG

Projekt realizowany w ramach programu Obywatelskie dla Demokracji, finansowanego z funduszy EOG

Projekt realizowany w ramach programu Obywatelskie dla Demokracji, finansowanego z funduszy EOG

Projekt realizowany w ramach programu Obywatelskie dla Demokracji, finansowanego z funduszy EOG

Projekt realizowany w ramach programu Obywatelskie dla Demokracji, finansowanego z funduszy EOG

Projekt realizowany w ramach programu Obywatelskie dla Demokracji, finansowanego z funduszy EOG

Projekt realizowany w ramach programu Obywatelskie dla Demokracji, finansowanego z funduszy EOG

Projekt realizowany w ramach programu Obywatelskie dla Demokracji, finansowanego z funduszy EOG

Załącznik 4. Dyspozycje do wywiadu pogłębionego z lekarzami chorób zakaźnych pracującymi w szpitalach na oddziałach zakaźnych i w poradniach niedoborów odporności

Osoba prowadząca monitoring:
 Nazwa placówki ochrony zdrowia:
 Miejscowość:
 Województwo:
 Data przeprowadzenia wywiadu:

Instrukcja – wprowadzenie

Prosimy o udział w ogólnopolskich badaniach prowadzonych przez Społeczny Komitet ds. AIDS we współpracy ze Stowarzyszeniem Ogólnopolska Sieć Osób Żyjących z HIV/AIDS „Sieć Plus”, dofinansowanych przez Fundację im. Stefana Batorego w ramach programu „Obywatele dla Demokracji”. Ich celem jest zbadanie procesu przeciwdziałania zakażeniom HIV/AIDS w Polsce **w latach 2013–2014** w obszarze realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS, ze szczególnym uwzględnieniem działań profilaktycznych.

Wyniki badań posłużą do wypracowania rekomendacji i wniosków wspomagających oraz optymalizujących proces działań zapobiegających zakażeniom HIV i przeciwdziałania AIDS. W związku z tym Pana/Pani głos jest szczególnie ważny.

Podczas wywiadu będą zadawane pytania, które dotyczą różnych kwestii związanych z profilaktyką w zakresie HIV/AIDS, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki trzeciorzędowej, czyli skierowanej do osób zakażonych HIV i chorych na AIDS.

1. Jakie działania pozamedyczne są podejmowane w Pana/Pani miejscu pracy na rzecz pacjentów z HIV/AIDS? Prosimy wymienić je i krótko opisać, na czym w praktyce polegają.
 (Ważne! Jeśli lekarz nie podaje działań, wskazujemy różne możliwości: oferta organizacji pozarządowych – pomoc psychologiczna, pomoc socjalna, pomoc informacyjna itd.; oferta instytucji, np. sanepid, wydział zdrowia jednostki samorządowej – pomoc informacyjna, pomoc socjalna itd.).

2. Prosimy ocenić te działania, w odniesieniu do konkretnych przykładów, w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza niską przydatność dla pacjentów, a 5 bardzo wysoką przydatność dla pacjentów. Prosimy o krótkie uzasadnienie tych ocen.
(Ważne! Odnosimy się do wszystkich wymienionych przez lekarza działań).
3. Jakie podmioty (instytucje/organizacje) prowadzą te działania? Prosimy o podanie tych instytucji/organizacji i przyporządkowanie ich do działań.
(Ważne! Pod pojęciem instytucje rozumiemy instytucje rządowe i samorządowe; pod pojęciem organizacje rozumiemy organizacje pozarządowe).
4. W jaki sposób przebiega współpraca z wymienionymi instytucjami/organizacjami? Za co odpowiedzialny jest sam lekarz, a za co odpowiada dana instytucja/organizacja?
5. Co można zrobić w Pana/Pani opinii, by zoptymalizować/poprawić współpracę pomiędzy lekarzami i instytucjami/organizacjami oferującymi pozamedyczne wsparcie dla osób żyjących z HIV/AIDS?
6. Jaka oferta w tym zakresie byłby/byłaby Pan/Pani zainteresowany/zainteresowana? W jaki sposób mógłby/mogłaby Pan/Pani współpracować z organizacjami/instytucjami w ramach pozamedycznego wsparcia osób żyjących z HIV/AIDS?
7. Jakiej oferty w zakresie wsparcia pozamedycznego w Pana/Pani opinii potrzebują osoby żyjące z HIV/AIDS? W jaki sposób mogłaby ona być realizowana w Pana/Pani placówce?
8. Prosimy ocenić dostępność wsparcia pozamedycznego dla osób żyjących z HIV/AIDS w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza niską dostępność, a 5 bardzo wysoką. Prosimy o krótkie uzasadnienie tej oceny.
9. Jakie są w Pana/Pani opinii potrzeby związane z realizacją zadań dotyczących profilaktyki w zakresie HIV/AIDS w środowisku medycznym? Czego Panu/Pani brakuje w tym zakresie?
10. Jakie zna Pan/Pani dobre praktyki w funkcjonowaniu instytucji ochrony zdrowia w ramach prowadzenia działań profilaktycznych dotyczących HIV/AIDS, które warto wdrożyć?
11. Prosimy o dodatkowe uwagi i spostrzeżenia na temat profilaktyki w zakresie HIV/AIDS, którymi chciałby/chciałaby się Pan/Pani podzielić, a nie zostały poruszone w trakcie wywiadu.

Metryczka

1. Płeć:
2. Wiek:
3. Liczba lat pracy z pacjentami HIV+:
4. Średnia liczba pacjentów HIV+ konsultowanych w skali miesiąca: ...
.....

Dziękuję za aktywny i kreatywny udział w badaniu.

Załącznik 5. Wykaz organizacji pozarządowych biorących udział w badaniach

1. Fundacja Simontonowski Instytut Zdrowia
2. Fundacja Wsparcia Psychospołecznego
3. Górnośląskie Stowarzyszenie „Wspólnota”
4. Katolickie Stowarzyszenie Pomocy Osobom Potrzebującym „Agape”
5. Międzynarodowe Stowarzyszenie Pomocy „Słyszę Serce”
6. MONAR Częstochowa
7. MONAR Puławy
8. Polska Fundacja Pomocy Humanitarnej „Res Humanae”
9. Polskie Towarzystwo Higieniczne Oddział Toruńsko-Włocławski
10. Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej Oddział Terenowy w Jeleniej Górze
11. Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej Oddział Terenowy w Olsztynie
12. Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej Oddział Terenowy w Słupsku
13. Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej Oddział Terenowy w Białymstoku
14. Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej Oddział Terenowy w Gorzowie Wielkopolskim
15. Fundacja Pomorski Dom Nadziei
16. Stowarzyszenie Wolontariuszy Wobec HIV/AIDS „Razem”
17. Stowarzyszenie „Faros”
18. Stowarzyszenie Honorowych Dawców Krwi w Ełku
19. Stowarzyszenie na Rzecz Osób Wykluczonych i Zagrożonych Wykluczeniem Społecznym „Podwale Siedem”
20. Stowarzyszenie „Nadzieja Rodzinie”
21. Stowarzyszenie „Plus Minus”
22. Stowarzyszenie Pomocy Osobom Zakażonym Wirusami Hepatotropowymi „Hepa Help”
23. Stowarzyszenie Profilaktyki i Wsparcia w zakresie HIV/AIDS „Jeden Świat”
24. Stowarzyszenie Solidarni „Plus”
25. Stowarzyszenie „Tęczówka”
26. Stowarzyszenie Wolontariuszy „Da Du”

27. Stowarzyszenie Wolontariuszy Wobec AIDS „Bądź z Nami”
28. Towarzystwo Nowa Kuźnia
29. Towarzystwo Rozwoju Rodziny Oddział w Opolu
30. Towarzystwo Rozwoju Rodziny Oddział w Zielonej Górze

Załącznik 6. Dyspozycje do wywiadu pogłębionego z przedstawicielami organizacji pozarządowych zajmujących się problematyką HIV/AIDS

Osoba prowadząca monitoring:
 Nazwa organizacji:
 Miejscowość:
 Województwo:
 Data przeprowadzenia wywiadu:

Instrukcja – wprowadzenie

Prosimy o udział w ogólnopolskich badaniach prowadzonych przez Społeczny Komitet ds. AIDS we współpracy ze Stowarzyszeniem Ogólnopolska Sieć Osób Żyjących z HIV/AIDS „Sieć Plus”, dofinansowanych przez Fundację im. Stefana Batorego w ramach programu „Obywatele dla Demokracji”. Ich celem jest zbadanie procesu przeciwdziałania zakażeniom HIV oraz działań na rzecz osób żyjących z HIV/AIDS w Polsce **w latach 2013–2014** w obszarze realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, ze szczególnym uwzględnieniem działań profilaktycznych.

Wyniki badań posłużą do wypracowania rekomendacji i wniosków wspomagających oraz optymalizujących proces działań zapobiegających zakażeniom HIV i przeciwdziałania AIDS. W związku z tym Pana/Pani głos jest szczególnie ważny.

Podczas wywiadu będą zadawane pytania, które dotyczą różnych kwestii związanych z profilaktyką w zakresie HIV/AIDS, ze szczególnym uwzględnieniem działań podejmowanych w tym obszarze przez Pana/Pani organizację.

I. Działania profilaktyczne skierowane do ogółu społeczeństwa

1. Jakie **działania profilaktyczne skierowane do ogółu społeczeństwa** podejmowała Pana/Pani organizacja w latach 2013–2014? Prosimy określić liczbę i zakres prowadzonych działań. *(Jeśli nie były prowadzone, przechodzimy do pytania 6).*
2. Jaka była szacunkowa liczba odbiorców tych działań?

3. Z jakich źródeł finansowania były realizowane te działania? Prosimy wymienić wszystkie źródła.
4. Prosimy ocenić zakres finansowania ze środków publicznych działań wymienionych w pytaniu 1, w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo niski poziom finansowania, a 5 wystarczający poziom finansowania w porównaniu do potrzeb. Prosimy o krótkie uzasadnienie tych ocen.
(Ważne! Odnosimy się do wszystkich wymienionych przez respondenta działań).
5. Prosimy o szacunkowe określenie wkładu pozafinansowego w te działania (wolontariat, praca społeczna członków).

II. Działania profilaktyczne skierowane do kobiet w ciąży

6. Czy i jeśli tak, to w jakim zakresie, były realizowane przez Pana/Pani organizację **działania profilaktyczne skierowane do kobiet w ciąży** w latach 2013–2014? Prosimy określić liczbę i zakres prowadzonych działań. *(Jeśli nie były prowadzone, przechodzimy do pytania 11).*
7. Jaka była szacunkowa liczba odbiorców tych działań?
8. Z jakich źródeł finansowania były realizowane te działania? Prosimy wymienić wszystkie źródła.
9. Prosimy ocenić zakres finansowania ze środków publicznych działań wymienionych w pytaniu 6, w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo niski poziom finansowania, a 5 wystarczający poziom finansowania w porównaniu do potrzeb. Prosimy o krótkie uzasadnienie tych ocen.
(Ważne! Odnosimy się do wszystkich wymienionych przez respondenta działań).
10. Prosimy o szacunkowe określenie wkładu pozafinansowego w te działania (wolontariat, praca społeczna członków).

III. Anonimowe i bezpłatne testowanie w kierunku HIV

11. Czy Pana/Pani organizacja prowadziła **anonimowe i bezpłatne testowanie w kierunku HIV** w latach 2013–2014?
Jeśli nie: Dlaczego nie prowadziła? Czy mimo tego, że nie prowadziła, przychodziły osoby zainteresowane skorzystaniem z testów? *(Jeśli nie było prowadzone, przechodzimy do pytania 19).*
Jeśli tak: Kto zainicjował proces powstania punktu konsultacyjno-diagnostycznego (PKD) (sama organizacja, samorząd)?

12. Czy i jakie wsparcie otrzymywała Pana/Pani organizacja od samorządu w ramach prowadzenia testowania?
13. Prosimy określić funkcjonowanie PKD w latach 2013–2014, podając:
 - ile dni w tygodniu funkcjonował punkt;
 - ile godzin w ciągu dnia;
 - w jakich godzinach funkcjonował punkt;
 - w jakie dni tygodnia funkcjonował punkt;
 - szacunkową liczbę przeprowadzonych testów w porównaniu do zapotrzebowania;
 - czy były specjalne akcje zachęcające do przeprowadzenia testów w kierunku HIV.
14. Czy liczba osób zatrudnionych w PKD była w Pana/Pani opinii adekwatna do potrzeb? Prosimy o krótkie uzasadnienie tej oceny.
15. Z jakich źródeł finansowania było realizowane testowanie w kierunku HIV? Prosimy wymienić wszystkie źródła.
16. Prosimy ocenić zakres finansowania ze środków publicznych prowadzonego PKD w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo niski poziom finansowania, a 5 wystarczający poziom finansowania w porównaniu do potrzeb. Prosimy o krótkie uzasadnienie oceny.
17. Prosimy o szacunkowe określenie wkładu pozafinansowego w realizację testowania w kierunku HIV (wolontariat, praca społeczna członków).
18. Jakie są Pana/Pani sugestie dotyczące usprawnienia systemu anonimowego i bezpłatnego testowania na podstawie doświadczeń z lat 2013–2014? Prosimy je opisać.
(Ważne! Jeśli respondent nie podaje, wskazujemy różne obszary, np. procedury, miejsca wykonywania testów, zmiany w standaryzacji, alternatywne formy testowania itp.).

IV. Działania profilaktyczne kierowane do osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych

19. Jakie **działania profilaktyczne kierowane do osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych** podejmowała Pana/Pani organizacja w latach 2013–2014? Prosimy określić liczbę i zakres prowadzonych działań. *(Jeśli nie były prowadzone, przechodzimy do pytania 24).*
20. Jaka była szacunkowa liczba odbiorców tych działań?

21. Z jakich źródeł finansowania były realizowane te działania? Prosimy wymienić wszystkie źródła.
22. Prosimy ocenić zakres finansowania ze środków publicznych działań wymienionych w pytaniu 19, w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo niski poziom finansowania, a 5 wystarczający poziom finansowania w porównaniu do potrzeb. Prosimy o krótkie uzasadnienie tych ocen.
(Ważne! Odnosimy się do wszystkich wymienionych przez respondenta działań).
23. Prosimy o szacunkowe określenie wkładu pozafinansowego w te działania (wolontariat, praca społeczna członków).

V. Działania z zakresu redukcji szkód zdrowotnych

24. Jakie **działania z zakresu redukcji szkód zdrowotnych w obszarze problematyki HIV/AIDS** podejmowała Pana/Pani organizacja w latach 2013–2014? Prosimy określić liczbę i zakres prowadzonych działań. *(Jeśli nie były prowadzone, przechodzimy do pytania 29).*
25. Jaka była szacunkowa liczba odbiorców tych działań?
26. Z jakich źródeł finansowania były realizowane te działania? Prosimy wymienić wszystkie źródła.
27. Prosimy ocenić zakres finansowania ze środków publicznych działań wymienionych w pytaniu 24, w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo niski poziom finansowania, a 5 wystarczający poziom finansowania w porównaniu do potrzeb. Prosimy o krótkie uzasadnienie tych ocen.
(Ważne! Odnosimy się do wszystkich wymienionych przez respondenta działań).
28. Prosimy o szacunkowe określenie wkładu pozafinansowego w te działania (wolontariat, praca społeczna członków).

VI. Działania skierowane bezpośrednio do osób żyjących z HIV/AIDS

29. Jakie **działania skierowane bezpośrednio do osób żyjących z HIV/AIDS** podejmowała Pana/Pani organizacja w latach 2013–2014? Prosimy określić liczbę i zakres prowadzonych działań. *(Jeśli nie były prowadzone, przechodzimy do pytania 34).*
30. Jaka była szacunkowa liczba odbiorców tych działań?
31. Z jakich źródeł finansowania były realizowane te działania? Prosimy wymienić wszystkie źródła.

32. Prosimy ocenić zakres finansowania ze środków publicznych działań wymienionych w pytaniu 29, w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo niski poziom finansowania, a 5 wystarczający poziom finansowania w porównaniu do potrzeb. Prosimy o krótkie uzasadnienie tych ocen. (Ważne! Odnosimy się do wszystkich wymienionych przez respondenta działań).
33. Prosimy o szacunkowe określenie wkładu pozafinansowego w te działania (wolontariat, praca społeczna członków).

VII. Informacje ogólne

34. Czy i jeśli tak, to w jakim zakresie, Pana/Pani organizacja współpracuje z instytucjami publicznymi (rządowymi i samorządowymi)?
35. Prosimy ocenić każdą formę tej współpracy w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza, że współpraca jest minimalna, a 5, że poziom współpracy jest maksymalny. Prosimy o krótkie uzasadnienie tej oceny.
36. Czy Pana/Pani organizacja ma swojego przedstawiciela w Wojewódzkim Zespole do spraw realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS?
Jeżeli tak: Czy ta osoba uczestniczy w spotkaniach i pracach Zespołu? Jak często odbywają się te spotkania?
Jeśli nie: Dlaczego nie ma? Czy jest zainteresowana uczestnictwem?
37. Jak ocenia Pan/Pani funkcjonowanie i działania tego Zespołu? Prosimy o krótkie uzasadnienie oceny.
38. Jakie są potrzeby Pana/Pani organizacji związane z realizacją zadań dotyczących problematyki HIV/AIDS (profilaktyka i działania na rzecz osób zakażonych) na podstawie doświadczeń z lat 2013–2014? Czego brakuje w tym zakresie?
39. Jakie zna Pan/Pani dobre praktyki prowadzenia działań profilaktycznych dotyczących HIV/AIDS, które warto wdrożyć? Prosimy o podanie konkretnych przykładów.
 (Ważne! Podanie konkretnych przykładów rozwiązań i działań).
40. Prosimy o dodatkowe uwagi i spostrzeżenia na temat profilaktyki w zakresie HIV/AIDS, którymi chciałby/chciałyby się Pan/Pani podzielić, a nie zostały poruszone w trakcie wywiadu.

Metryczka

1. Płeć:

2. Wiek:
3. Liczba lat pracy w obszarze HIV/AIDS:
4. Zasięg terytorialny działań organizacji:
5. Statutowy zakres działań organizacji (oprócz działań w obszarze HIV/AIDS):

Dziękuję za aktywny i kreatywny udział w badaniu.

Załącznik 7. Wniosek o udostępnienie informacji publicznej (przykład)

Warszawa, dnia 9 września 2015 r.

Jerzy Miller

Wojewoda Małopolski

Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie

ul. Basztowa 22

31-156 Kraków

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI PUBLICZNEJ

Szanowny Panie,

W ramach projektu „Społeczny audyt przeciwdziałania zakażeniom HIV/AIDS w Polsce w latach 2013–14” realizowanego przez Społeczny Komitet ds. AIDS, dofinansowanego przez Fundację im. Stefana Batorego w ramach programu „Obywatele dla Demokracji” prowadzony jest monitoring realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczenia AIDS opracowanego na lata 2012–2016 (w latach 2013 i 2014) przez instytucje publiczne.

W związku z powyższym na podstawie art. 2 ust. 1 z dnia 6 września 2001 r. ustawy o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2001r. Nr 112, poz. 1198) wnosimy o udostępnienie informacji publicznej w poniżej nakreślonym zakresie.

Zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy udostępnianie informacji publicznej na wniosek następuje w sposób i w formie zgodnej z wnioskiem. Prosimy zatem o udostępnienie informacji w formie listu zawierającego odpowiedzi na sformułowane poniżej pytania. Preferowanym sposobem udostępnienia informacji jest jej przesłanie pocztą na adres siedziby Społecznego Komitetu ds. AIDS (ul. Chmielna 4/11, 00-020 Warszawa) lub w formie elektronicznej na adres e-mail: spoleczny.audit@skaid.org.

I. Wnioskujemy o udzielenie informacji na temat działań podjętych w ramach funkcjonowania Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego, tj.:

1. W jaki sposób i przez jakie podmioty realizowane były działania w obszarze profilaktyki HIV kierowane do ogółu społeczeństwa w roku 2014 z ramienia Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego?
2. Jakie działania były realizowane w ramach profilaktyki HIV kierowanej do kobiet w ciąży w 2014 r. przez Małopolski Urząd Wojewódzki?
3. W jaki sposób zapewniona została dostępność do anonimowego i bezpłatnego testowania w kierunku HIV w 2014 r. przez Małopolski Urząd Wojewódzki?
4. Jaka jednostka w ramach Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego była odpowiedzialna za zwiększenie i integrację działań mających na celu zapobieganie HIV i w jaki sposób realizowała ona ten cel w 2014 r.?
5. W jaki sposób realizowane były działania w ramach profilaktyki HIV kierowane do osób o zwiększonym poziomie zachowań ryzykownych w 2014 r. przez Małopolski Urząd Wojewódzki?
6. Jakie działania z zakresu redukcji szkód zdrowotnych w obszarze problematyki HIV/AIDS były realizowane w 2014 r. przez Małopolski Urząd Wojewódzki?
7. W jaki sposób były prowadzone działania mające na celu poprawę jakości życia w sferze psychospołecznej osób zakażonych HIV i chorych na AIDS, ich rodzin i bliskich w 2014 r. przez Małopolski Urząd Wojewódzki?
8. Jakie działania podjęto w celu zwiększenia poziomu akceptacji społecznej wobec osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich w 2014 r. przez Małopolski Urząd Wojewódzki?

II. W sprawozdaniu z realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w 2014 r., opracowanego przez Krajowe Centrum ds. AIDS, wskazano, iż Małopolski Urząd Wojewódzki wydatkował 57,3 zł na realizację ww. Programu. W oparciu o ww. dokument wnioskujemy o udzielenie informacji:

1. Jakie jednostki samorządu terytorialnego udało się zaangażować w działania w zakresie HIV i AIDS (pkt. 572 sprawozdania)?
2. Jakie działania, poza przygotowaniem harmonogramów i sprawozdań z realizacji, zostały podjęte przez Małopolski Urząd Wojewódzki (pkt. 575 sprawozdania)?

Prosimy o udostępnienie informacji publicznej bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku.

Odpowiedź należy kierować na adres: spoleczny.audyt@skaid.org bądź adres korespondencyjny stowarzyszenia:

Społeczny Komitet ds. AIDS, ul. Chmielna 4/11, 00-020 Warszawa.

W przypadku pytań odpowiedzi udziela kierownik projektu –

Cezary Fidor, cezary.fidor@skaid.org, tel. 668 133 085.

Z poważaniem

(imię i nazwisko)

Załącznik 8. Wstęp do raportu *Profilaktyka zakażeń HIV/AIDS w Polsce w latach 2013–2014* – dr Adam Bodnar, Rzecznik Praw Obywatelskich

Trzy lata temu red. Jakub Janiszewski opublikował ważną książkę pt. *Kto w Polsce ma HIV? Epidemia i jej mistyfikacje* (Wydawnictwo Krytyka Polityczna, Warszawa 2013). Książka wywołała pewną dyskusję na temat podejścia polskiego społeczeństwa, polityków oraz osób opiniotwórczych do kwestii profilaktyki HIV/AIDS, a także do stygmatyzacji osób zakażonych. Jakub Janiszewski postawił mocne tezy. Jego zdaniem polskie państwo z jednej strony spoczęło na laurach. Skoro stworzyliśmy podstawowe programy profilaktyki oraz leczenia antyretrowirusowego, ze stabilnym finansowaniem, to nie ma się czym przejmować, ponieważ skala zjawiska zakażeń HIV/AIDS została ograniczona. Po co zatem dalej się bać, przejmować, podejmować jakieś szczególne działania profilaktyczne, skoro skala zagrożenia jest tak niewielka. Z drugiej strony – właśnie ze względu na stosunkowo niewielką skalę – o potencjalnym zakażeniu HIV/AIDS nie powinniśmy zbyt długo myśleć. Powstaje przeświadczenie, że „przecież już teraz od tego się nie umiera”, leczenie antyretrowirusowe jest skuteczne, a to wpływa na zmianę postaw społecznych, wzrost lekceważących postaw w stosunku do profilaktyki, a wręcz na świadome podejmowanie zachowań ryzykownych. W efekcie liczba zakażeń rośnie, a o wielu nawet nie wiemy, bo badanie na obecność HIV wcale nie jest powszechne.

Po przeczytaniu książki red. Janiszewskiego miałem wrażenie, że wywoła ona dyskusję. Ale nic takiego się nie stało. Poza kilkoma typowymi audycjami radiowymi, wywiadami i debatami, poza odpowiedziami ze strony zainteresowanych instytucji (w tym szczególnie Krajowego Centrum ds. AIDS) nie nastąpiła jakaś zmasowana refleksja instytucji publicznych – szczególnie w zakresie profilaktyki. Być może jest pewna racja w tym, że w Polsce o trudnych tematach po prostu się nie dyskutuje i w ten sposób uznaje się, że problem sam się rozwiąże. Temat zakażeń HIV/AIDS do takich tematów należy. Podobnie jak narkotyki, edukacja seksualna czy prawa reprodukcyjne.

Przykładem takiego podejścia była kampania, która miała być przeprowadzona przez Stowarzyszenie Lambda Warszawa na zlecenie Krajowego Centrum ds. AIDS. Kampania odważna, pomysłowa, wskazująca na inne podejście do profilaktyki niż zazwyczaj stosowane formaty (konkurs

wiedzy, plakat informacyjny itd.). Lambda Warszawa postanowiła stworzyć portal internetowy informujący o reakcjach organizmu po spożyciu różnego rodzaju narkotyków i podatności osób na ryzykowne zachowania seksualne. Portal miał być adresowany głównie do mężczyzn uprawiających seks z mężczyznami. Po publikacjach „Rzeczpospolitej” informujących o rzekomym promowaniu narkotyków przez portal strona na pewien czas została zdjęta z sieci i doszło do szeregu problemów związanych z wypowiedzeniem umowy grantowej. Przykład ten jednak pokazał, jak trudna jest poważna, pogłębiona dyskusja na temat profilaktyki HIV/AIDS, a zwłaszcza podejmowanie akcji w środowiskach szczególnie narażonych na ryzyko zakażenia.

Z powyższych względów cieszyć może fakt, że z inicjatywy organizacji pozarządowych powstał kompleksowy raport dotyczący rzeczywistych działań podejmowanych przez instytucje publiczne na rzecz przeciwdziałania zakażeniom HIV/AIDS. Nie można w Polsce udawać, że problemu zakażeń HIV/AIDS nie ma. Nie można udawać, że robimy wszystko co w naszej mocy, aby przeciwdziałać kolejnym zakażeniom czy zmniejszaniu się epidemii. Nie można przechodzić obojętnie obok wysokiej dysproporcji środków przeznaczanych na leczenie HIV/AIDS w porównaniu do profilaktyki. Nie można udawać, że krajowe programy są idealnie skoordynowane, zaplanowane, przemyślane, a osoby zajmujące się profilaktyką są zawsze specjalistami najwyższej klasy. Raport pokazuje, że tak nie jest, a opiera się nie na domniemaniach, lecz na twardych danych i faktach, potwierdzonych zróżnicowanym warsztatem badawczym i metodologicznym.

Jako Rzecznik Praw Obywatelskich liczę na to, że raport będzie inspiracją do poważnej i rzeczowej dyskusji (nie tylko w środowiskach naukowych oraz pozarządowych, ale przede wszystkim w rządowych) na temat profilaktyki zakażeń HIV/AIDS. Bez wątpienia będzie dla mnie inspiracją do przygotowania wystąpień generalnych adresowanych do poszczególnych instytucji publicznych. Jak do tej pory mam wrażenie, że niestety w Polsce „wszyscy mamy HIV”, bo praktycznie w ogóle nie chcemy o tym problemie myśleć i porządnie go rozwiązywać. Niektóre instytucje publiczne zdają się bardziej przejmować nieprzyjaznymi głosami czy reakcjami politycznymi niż realną potrzebą powstrzymywania epidemii. Tymczasem nasz stan umysłu nie powinien prowadzić do mnożenia liczby osób zakażonych. Temu powinna właśnie służyć profilaktyka.

Bibliografia

Publikacje książkowe i artykuły w czasopismach

- BERNE E.: *Dzień dobry... i co dalej*. Dom Wydawniczy REBIS, Poznań 2005.
- BERNE E.: *W co grają ludzie. Psychologia stosunków międzyludzkich*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.
- BURGESS J.: *Drogi zakażenia i profilaktyka*. W: *HIV/AIDS aspekty medyczne i społeczne*. Red. K. KMIECIK-BARAN. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1995.
- CAPLAN G.: *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic Books, New York 1964.
- CZERNIACHOWSKA R.: *Profilaktyka, kompensacja, ratownictwo, opieka, pomoc – analiza pojęć i wzajemnych powiązań między nimi*. W: E. MARYNOWICZ-HEŁKA: *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, t. 1. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
- GAŚ Z.B.: *Profilaktyka uzależnień*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1993.
- GAŚ Z.B.: *Profilaktyka w szkole*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2006.
- GAŚ Z.B.: *Uzależnienia. Skuteczność programów profilaktycznych*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1994.
- GORDON R.: *An operational classification of disease prevention*. W: *Preventing Mental Disorders*. Eds. J.A. STEINBERG, M.M. SILVERMAN. Department of Health and Human Services, Rockville 1987.
- Harmonogram realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS opracowany na lata 2012–2016*. Krajowe Centrum ds. AIDS, Minister Zdrowia, Warszawa 2012.
- IZDEBSKI Z.: *Ryzykowna dekada – seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS. Studium porównawcze 1997–2001–2005*. Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2010.
- IZDEBSKI Z.: *Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
- IZDEBSKI Z.: *Zachowania prozdrowotne i seksualne w aspekcie HIV/AIDS w Polsce*. Studio Poligraficzne Drukarnia, Warszawa 1997.

- JAGIELA J.: *Słownik analizy transakcyjnej*. Wydawnictwo Akademii im. Jana Długosza, Częstochowa 2012.
- JANISZEWSKI J.: *Kto w Polsce ma HIV? Epidemia i jej mistyfikacje*. Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa 2013.
- Global Aids Update 2016. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Geneva 2016.
- KOMOSIŃSKA K.: *Epidemia HIV/AIDS na tle historycznym*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 1999.
- KURZĘPA J.: *Falochron. Zintegrowany program profilaktyki wczesnej wobec zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży*. Agencja Wydawnicza Argi, Wrocław 2006.
- Leczenie i profilaktyka chorób zakaźnych wśród osób iniekcyjnie używających narkotyków*. Przeł. B. SZETELA. Europejskie Centrum Kontroli i Prewencji Chorób, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Sztokholm 2011.
- MARYNOWICZ-HETKA E.: *Podstawy działań profilaktycznych – wybrane odniesienia teoretyczne kształcenia*. W: *Programy profilaktyki uzależnień. Z doświadczeń autorów*. Red. L. TELKA. Wydawnictwo Naukowe Śląsk, Katowice 2003.
- MINAŁTO M.: *Redukcja szkód w szerszym kontekście – zapobieganie HIV i innym zakażeniom, zdrowie seksualne i życie z HIV*. W: *Dobre praktyki w dziedzinie redukcji szkód*. Red. E. Czyż. Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 2008.
- OSTASZEWSKI K.: *Skuteczność profilaktyki używania środków psychoaktywnych*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2003.
- Positive Prevention. HIV Prevention with People Living with HIV. A guide for NGOs and service providers*. International HIV/AIDS Alliance, Brighton 2007.
- RADLIŃSKA H.: *Pedagogika społeczna*. Ossolineum, Wrocław–Warszawa–Kraków 1961.
- Realizacja Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w latach 2012–2013*. Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2014, s. 20.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (Dz. U. z 2011 r. Nr 44, poz. 227).
- RYAN R.M., DECI E.L.: *The Darker and Brighter Sides of Human Existence: Basic Psychological Needs as a Unifying Concept*. „Psychological Inquiry” 2000, Vol. 11, No. 4.
- Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w 2013 roku*. Krajowe Centrum ds. AIDS, Minister Zdrowia, Warszawa 2014.
- Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS w 2014 roku*. Krajowe Centrum ds. AIDS, Minister Zdrowia, Warszawa 2015.
- SYREK E.: *Promocja zdrowia w ujęciu pedagogiki społecznej*. W: *Pedagogika społeczna. Dokonania – aktualność – perspektywy*. Red. S. KAWULA. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2004.
- SZARFENBERG R.: *Ewaluacja jako forma oceny strategii w polityce społecznej*. W: *Strategie w polityce społecznej*. Red. M. GREWIŃSKI, A. KARWACKI. Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, Łomianki brw.

- SZYMAŃSKA J.: *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej profilaktyki*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2012, s. 16–18.
- Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 1985 r. Nr 12, poz. 49).
- VERA E.M.: *The Oxford Handbook of Prevention in Counseling Psychology*. Oxford University Press, New York 2013.
- VOYTEK CH., SHERMAN S.G., JUNGE B.: *A matter of convenience: factors influencing secondary syringe exchange in Baltimore, Maryland, USA*. „The International Journal of Drug Policy” 2003, Vol. 14 (5–6).
- WALENDZIAK-OSTROWSKA A., DEC J.: *Pozytywne życie. O profilaktyce HIV/AIDS dla edukatorów*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2012, s. 35.
- WIDAWSKA E.: *Aktywny uczeń – dorosły obywatel. Animacja społeczna w świetle analizy transakcyjnej*. W: *Analiza transakcyjna w edukacji*. Red. J. JAGIEŁA. Wydawnictwo Akademii im. Jana Długosza, Częstochowa 2011.
- WIDAWSKA E.: *Profilaktyka zakażeń HIV/AIDS w Polsce w latach 2013–2014. Analiza zebranych danych, wnioski i rekomendacje*. Społeczny Komitet ds. AIDS, Warszawa 2016.
- WIDAWSKA E.: *Udział w działaniach animacyjnych jako element budowania poczucia sprawstwa wśród młodzieży*. „Chowanna” 2014, t. 1 (42), s. 187–205.
- WOYNAROWSKA B.: *Profilaktyka*. W: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 4. Red. T. PILCH. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2005.
- WYSOCKA E.: *Diagnoza pozytywna w resocjalizacji. Model teoretyczny i metodologiczny*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2015.

Publikacje elektroniczne i źródła internetowe

- Główny Inspektorat Sanitarny, <http://gis.gov.pl/interaktywna-mapa-wyszukiwania-jednostek-panstwowej-inspekcji-sanitarnej> [dostęp: 12.05.2015].
- HIV a ciąża i dziecko*. Ministerstwo Zdrowia, <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/hiv-i-aids/hiv-a-ciaza-i-dziecko/> [dostęp: 12.02.2016].
- Krajowe Centrum ds. AIDS, <http://www.aids.gov.pl/pkd/> [24.04.2016].
- MORGA J.: *Eksperci: zakażenie HIV może dotyczyć każdego z nas*. Nauka w Polsce, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news,388126,ekspert-zakazenie-hiv-moze-dotyczyc-kazdego-z-nas.html> [dostęp: 23.01.2016].
- Państwowy Zakład Higieny, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm [dostęp: 12.01.2016].
- ROGOWSKA-SZADKOWSKA D.: *Co warto wiedzieć, zanim podejmie się decyzję o zrobieniu testu na HIV?*. Krajowe Centrum ds. AIDS, http://www.aids.gov.pl/kcfiles/CO_WARTO_WIEDZIEC_O_TESTOWANIU.pdf [dostęp: 24.04.2016].
- ROSIŃSKA M., NIEDŹWIEDZKA-STADNIK M., PIELACHA M.: *Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2015 roku*. Zakład Epidemiologii, Państwowy Zakład Higieny, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, http://www.wold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/hiv_aids/index.htm [dostęp: 23.05.2016].

Wykazy

Wykaz tabel

Tabela 1. Liczba nowo zarejestrowanych zakażeń HIV w 2015 r. według płci i wieku	9
Tabela 2. Liczba nowo zarejestrowanych zakażeń HIV w 2015 r. według prawdopodobnej drogi transmisji	10
Tabela 3. Zestawienie środków finansowych (w PLN) przeznaczonych na realizację Programu w 2013 r. i 2014 r. przez ministerstwa (na podstawie danych z Elektronicznej Bazy Monitoringowej)	51
Tabela 4. Zestawienie środków finansowych (w PLN) przeznaczonych na realizację Programu w 2013 r. i 2014 r. przez urzędy wojewódzkie (na podstawie danych z Elektronicznej Bazy Monitoringowej)	59
Tabela 5. Zestawienie środków finansowych (w PLN) przeznaczonych na realizację Programu w 2013 r. i 2014 r. przez wojewódzkie stacje sanitarno-epidemiologiczne (na podstawie danych z Elektronicznej Bazy Monitoringowej)	63
Tabela 6. Zestawienie środków finansowych (w PLN) przeznaczonych na realizację Programu w 2013 r. i 2014 r. przez urzędy marszałkowskie (na podstawie danych z Elektronicznej Bazy Monitoringowej)	66
Tabela 7. Oferta skierowana do osób żyjących z HIV/AIDS w percepcji respondentów	87
Tabela 8. Ocena zaspokojenia potrzeb w ramach ofert skierowanych do osób żyjących z HIV/AIDS	88
Tabela 9. Wybierane przez badanych źródła informacji na temat HIV/AIDS i ich ocena	91

Wykaz wykresów

Wykres 1. Zakażenia HIV, zachorowania na AIDS i zgony chorych na AIDS w latach 1986–2014	8
Wykres 2. Wiek osób biorących udział w badaniach ($N = 116$)	83
Wykres 3. Liczba osób ankietowanych w podziale na długość życia z HIV w latach ($N = 116$)	84
Wykres 4. Źródła informacji o możliwości wykonania testu w kierunku HIV ($N = 116$)	85
Wykres 5. Ocena dostępu do informacji na temat zmniejszenia możliwości zakażenia HIV/AIDS w latach 2013–2014 ($N = 105$)	92

Edyta Widawska

**Selected aspects of preventative measures against HIV/AIDS in Poland
Research study**

Summary

The issue of HIV/AIDS is an essential aspect of the discussion about health-related strategies on a global and local scale. According to the data UNAIDS for the year of 2015, the number of people who are aware that they are infected with HIV and recognize their status is approximately 36.7 million all over the world. In Poland, since the beginning of the research in 1985 to 29 February 2016, the incidence of HIV infection had been found in 20,169 people. The estimated data of the National Centre for AIDS indicate, however, that the number of people infected with HIV is much higher and ranges between 36 and 45 thousand people. This puts our country at the forefront of the European Union countries in terms of the number of infected people who are not aware they have contracted this disease.

The expenditures on the preventative measures against HIV in Poland are decreasing year by year. In 2007, still as much as 3.5 million PLN was engaged in the preventative measures against HIV/AIDS, however in 2013 and 2014 the amount dropped to 2.5 million PLN. Such a significant depletion of funds must have resulted in a drastic reduction of the initiatives aimed at raising the level of public awareness of HIV/AIDS, and other preventative actions. After the abovementioned issues have been taken into account, a research project was launched that was aimed at analyzing the preventative measures taken in our country in the years 2013–2014. The Social Committee for AIDS decided to carry out, in collaboration with the Association of the National Network of People Living with HIV/AIDS “Network Plus”, a national research focused on the analysis of the condition of primary prophylaxis (access to the information,

education and services in the area of HIV/AIDS prevention), secondary prophylaxis (access to the information, education and services in the area of HIV/AIDS prevention for persons with an increased level of risky behaviour) and tertiary prophylaxis (measures to improve the quality of the psychosocial sphere of life towards the people infected with HIV and AIDS, their families and the loved ones). The results of the research and the analysis presented in this publication are focused on the current situation, which allows the acquisition and the comparison of multi-dimensional data on the implementation of the National Programme for Preventing HIV Infections and Combating AIDS. The study was undertaken by public institutions (including regional offices, marshals' offices, provincial sanitary-epidemiological stations), non-governmental organizations implementing preventive measures in the area of HIV/AIDS, people living with HIV/AIDS, and infectious disease physicians who work with people living with HIV/AIDS on every-day basis. Such an orientation of the research resulted from the major aim of the research, which was to diagnose and examine the implementation of the preventative measures taken by public institutions within the National Programme for Preventing HIV Infections and Combating AIDS developed for the period of 2012–2016, and thus, i.e. on this basis, to produce recommendations for the further planning of preventative measures in our country.

The work consists of three chapters and has the nature of a theoretical and empirical study. The first chapter contains the issue substantial for the subject matter, i.e. deliberations about the very essence of preventative measures, within which different forms of activities have been distinguished according to the adopted target groups of the preventative interventions. The second chapter is a presentation of the methodology adopted in the framework of the research. The third chapter comprises the research results and the discussion on them.

The research project, which constitutes the basis for the prepared publication, was carried out with the support of the Stefan Batory Foundation within the programme entitled Citizens for Democracy, financed with the resources of the Financial Mechanism of the European Economic Area.

Edyta Widawska

Manche Aspekte der prophylaktischen Maßnahmen im Bereich HIV/AIDS in Polen. Forschungsstudie

Zusammenfassung

Die mit HIV/AIDS verbundene Problematik stellt einen wichtigen Aspekt der Diskussion über gesundheitsfördernde Strategie in globalem und lokalem Ausmaß dar. Den Daten des Gemeinsamen Programms der Vereinten Nationen zu HIV/AIDS (UNAIDS) vom Jahr 2015 zufolge leben in der ganzen Welt etwa 36,7 Millionen HIV-positive Menschen, die sich ihrer Lage bewusst sind. Seitdem im Jahre 1985 erste Forschungen durchgeführt wurden, wurden in Polen bis zum 29. Februar 2016 20 169 Personen für HIV-positiv erklärt. Die Hochrechnung des Landeszentrums für AIDS deutet aber darauf hin, dass die Zahl der HIV-Infizierten viel größer ist und schwankt zwischen 36 und 45 Tausend Menschen. Das platziert unser Land an der Spitze der EU-Länder hinsichtlich der Zahl von den Infizierten, die sich ihrer Infektion nicht bewusst sind.

Die Aufwendungen auf Prophylaxe gegen HIV-Verseuchung nehmen in Polen von Jahr zu Jahr ab. Noch in dem Jahre 2007 wurden für HIV/AIDS Prophylaxe 3,5 Millionen Zlotys in Reserve gehalten, aber in den Jahren 2013 und 2014 waren es lediglich 2,5 Millionen. Solche Fondsschmälerung musste schon eine radikale Einschränkung von den die Bürger über HIV/AIDS aufklärende Initiativen und von anderen vorbeugenden Maßnahmen nach sich ziehen. In Anbetracht dessen initiierte man ein Forschungsprojekt, dessen Zweck es war, die in unserem Land in dem Zeitraum 2013–2014 ergriffenen prophylaktischen Maßnahmen gegen HIV/AIDS zu analysieren. Gesellschaftliches Komitee für AIDS entschied sich in Zusammenarbeit mit dem Verein Gesamtpolnisches Netz von den mit HIV/AIDS-Lebenden „Sieć Plus“, gesamtpolnische Forschungen durchzuführen, die darauf ausgerichtet wurden, primäre Prophylaxe gegen HIV/

AIDS (Zugang zur Information, Bildung und Dienstleistungen), sekundäre Prophylaxe (Zugang zur Information, Bildung und Dienstleistungen für die einem erhöhten Ansteckungsrisiko ausgesetzten Personen) und tertiäre Prophylaxe (Maßnahmen zur Besserung der Lebensqualität von HIV-Infizierten, AIDS-Kranken, deren Familien und Nächsten) zu beurteilen. Die in vorliegender Monografie geschilderten Forschungsergebnisse konzentrieren sich auf heutige Situation und erlauben, die die Verwirklichung des Landesprogramms zur HIV-Infektionsvorbeugung und AIDS-Bekämpfung betreffenden, komplexen Daten einzuholen und miteinander zu vergleichen. An den Forschungen nahmen teil: öffentliche Institutionen (u.a.: Wojewodschaftsämter, Marschallämter, sanitärepidemiologische Stationen), die sich mit HIV/AIDS-Prophylaxe befassenden Nichtregierungsorganisationen, die mit HIV/AIDS-Lebenden und Fachärzte für Infektionskrankheiten, die alltags mit HIV-positiven und AIDS-kranken Personen arbeiten. Der Beweggrund für solche Ausrichtung der Forschungen war ihr Hauptziel d.i. die Beurteilung, inwieweit die von öffentlichen Institutionen im Rahmen des Landesprogramms zur HIV-Vorbeugung und AIDS-Bekämpfung für den Zeitraum 2012–2016 getroffenen prophylaktischen Maßnahmen realisiert werden. Auf der Grundlage werden Hinweise für weitere vorbeugende Maßnahmen in Polen ausgearbeitet.

Die Monografie besteht aus drei Kapiteln und hat einen theoretisch-empirischen Charakter. Das erste Kapitel enthält Informationen über den Kern von prophylaktischen Maßnahmen und über ihre verschiedenen Formen in Bezug auf bestimmte Zielgruppe der präventiven Eingriffe. Im zweiten Kapitel wird die im Rahmen der durchgeführten Forschungen angewandte Methodologie dargestellt. Das dritte Kapitel beinhaltet Forschungsergebnisse samt deren Erörterung.

Das der vorliegenden Publikation zugrunde liegende Forschungsprojekt wurde mit Hilfe der Stephan Báthory Stiftung im Rahmen des aus den Mitteln des Fonds des Europäischen Wirtschaftsgebiets finanzierten Programms „Die Bürger für Demokratie“ verwirklicht.

Redakcja: DOMINIKA KIELAN
Projekt okładki: MARIUSZ BIENIEK
Redakcja techniczna: DOMINIKA KIELAN
Korekta: MAGDALENA BIENIEK
Łamanie: MARIUSZ BIENIEK

Copyright © 2016 by
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
Wszelkie prawa zastrzeżone

ISSN 0208-6336

ISBN 978-83-226-3059-4
(wersja drukowana)

ISBN 978-83-226-3060-0
(wersja elektroniczna)

Wydawca
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
ul. Bankowa 12B, 40-007 Katowice
www.wydawnictwo.us.edu.pl
e-mail: wydawus@us.edu.pl

Wydanie I. Ark. druk. 9,5. Ark. wyd. 8,0.
Papier offset, kl. III, 90 g Cena 20 zł (+VAT)

Druk i oprawa: „TOTEM.COM.PL Sp. z o.o.” Sp.K.
ul. Jacewska 89, 88-100 Inowrocław



EDYTA WIDAWSKA

Adiunkt w Instytucie Pedagogiki Uniwersytetu Śląskiego, doktor nauk humanistycznych w zakresie socjologii, pedagog społeczny, absolwentka Szkoły Praw Człowieka Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, specjalistka ds. monitoringu i praw człowieka, wieloletnia trenerka i edukatorka działań równościowych i strażniczych w kraju i za granicą, współpracująca z wieloma organizacjami trzeciego sektora.

Autorka i współautorka licznych publikacji naukowych, dydaktycznych i popularnonaukowych. Pracę naukową i badawczą łączy skutecznie z działalnością praktyczną, realizując projekty we współpracy z instytucjami zaangażowanymi we wprowadzanie polityk równościowych na poziomie krajowym i międzynarodowym (m.in. RPO, MAiC, OBWE, ONZ, RE, UE, UNHCR).

Czytelnik może zapoznać się z wynikami interesujących ogólnopolskich badań dotyczących działań profilaktycznych podejmowanych w Polsce w ostatnich latach w ramach Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS. Badania obejmują liczne instytucje publiczne oraz organizacje pozarządowe realizujące działania profilaktyczne, jak i osoby żyjące z HIV/AIDS oraz lekarzy chorób zakaźnych. Zdaje sobie sprawę, że zdobycie tego typu sprawozdań do analiz nie było sprawą łatwą i wymagało wielu zabiegów badawczych. Książka może być inspiracją dla podejmowania skuteczniejszych działań profilaktycznych, ponieważ pokazuje zarówno mocne, jak i słabe strony prowadzonych do tej pory aktywności. Jest to również dobry przykład współpracy osoby ze środowiska naukowego z agendami organizacji pozarządowych.

prof. dr hab. Zbigniew Izdebski

Do 2008 r. odnotowywano w Polsce 600–800 nowych zakażeń HIV rocznie, od roku 2009 liczby te rosną. W 2015 r. nowo wykryte rozpoznanie HIV zgłoszono u 1273 osób. Przy rosnącej liczbie nowych zakażeń HIV nakłady na profilaktykę niestety maleją. W 2007 r. zarezerwowano na nią 3,5% (3,5 mln zł) budżetu Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS, w roku 2014 było to tylko 0,9% (2,5 mln zł).

CENA 20 ZŁ
(+ VAT)

Więcej o książce



ISSN 0208-6336
ISBN 978-83-226-3059-4